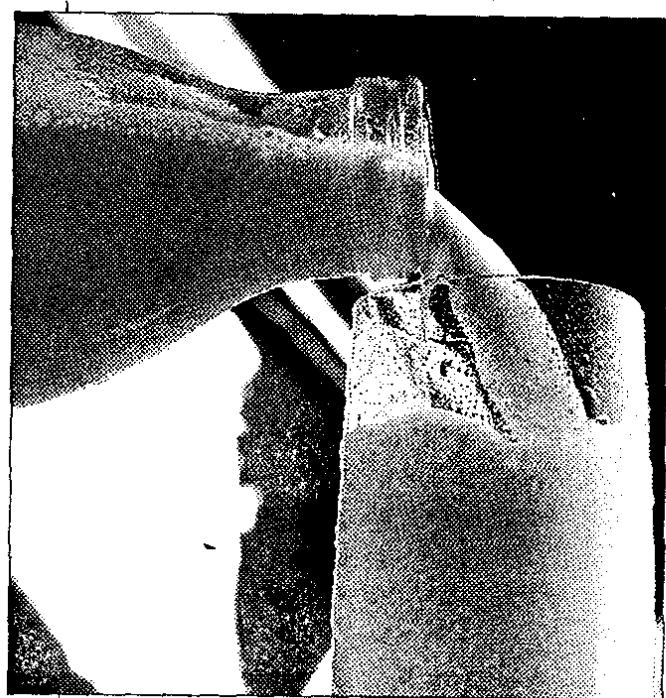


EL MUNDO, SABADO 21 DE OCTUBRE DE 2000



## Leche de vaca y riesgo de diabetes.

UN INFORME FINLANDÉS, publicado en el último número de *Diabetes*, ha confirmado que los niños predisponentes a sufrir diabetes tipo 1 (los que tienen familiares cercanos afectados por esta patología) no deben tomar leche de vaca en sus primeros meses de vida, ni fórmulas infantiles basadas en este alimento, ya que su riesgo de desarrollar la enfermedad se eleva considerablemente. Al parecer, la insulina que contiene la leche de vaca, provoca una respuesta inmune en estos niños capaz de desencadenar la aparición de diabetes tipo 1 cuando son más mayores.

LAS ÚLCERAS QUE SUFREN MUCHOS DIABÉTICOS SON LA PRIMERA CAUSA DE AMPUTACIÓN EN ESTOS ENFERMOS. SIN EMBARGO, VARIOS

ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO QUE LA PIEL ARTIFICIAL ACORTA EL TIEMPO DE CURACIÓN Y ELEVA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS

# DIABETES

## La piel artificial es eficaz en el tratamiento de las úlceras de las extremidades

AURORA GUERRA

**L**a enfermedad es la misma pero la forma de manifestarse puede variar de un paciente a otro. Así, aunque todos los diabéticos tienen un hecho común (un elevado nivel de azúcar en sangre), no todos presentan los mismos síntomas. Para facilitar el diagnóstico y la clasificación de las diferentes formas de este trastorno metabólico se creó en 1978 en EEUU, el Grupo Nacional para el Estudio de la Diabetes. La Academia Americana de Dermatología colaboró en él resaltando la importancia de las alteraciones cutáneas en estos enfermos. Y uno de los trastornos que más disminuye la calidad de vida de estos pacientes son las úlceras de las extremidades inferiores. Sin embargo, los resultados de recientes trabajos están demostrando la eficacia de la piel artificial, que consiste en un equivalente cutáneo humano y que se obtiene por técnicas de ingeniería de tejidos, en el tratamiento de este trastorno.

Uno de ellos ha sido publicado recientemente en la revista especializada *Wounds*. En el estudio, realizado en varios centros, se compara la evolución de 16 pacientes con úlceras que fueron tratados una vez a la semana (durante cuatro), con piel artificial, con 17 pacientes que recibieron suero salino y apósticos convencionales.

Los datos demuestran que, a las 12 semanas, las úlceras de los pacientes tratados con piel artificial se curaron en 38,5 días, mientras que las de los que recibieron el otro tipo de tratamiento tardaron en curarse 91 días. En ningún caso aparecieron efectos secundarios importantes.

**ÚLCERAS.** El origen de las úlceras diabéticas se encuentra a caballo entre las alteraciones de



LEM

los vasos sanguíneos y las de los nervios. La mala circulación periférica, junto a una disminución de la sensibilidad a los traumatismos mecánicos, como el roce de los zapatos o a los cambios de temperatura (un baño con agua demasiado caliente), favorecen la aparición de pequeñas fisuras o erosiones que fácilmente se infectan, determinando pérdidas cutáneas (úlceras) de mayor gravedad. Según las estadísticas, entre el 15% y el 20% de todos los diabéticos (16 millones en EEUU) padece este tipo de úlceras, muchos de ellos en su forma más grave. Al otro lado del Atlántico,

por ejemplo, las úlceras diabéticas son responsables de más de 50.000 amputaciones de las extremidades cada año, con un coste superior al billón de dólares. Pero no sólo los diabéticos sufren este tipo de problema.

A medida que aumenta la expectativa de vida, se incrementa el número de pacientes con úlceras por unas u otras causas: varices, hipertensión o el apoyo mantenido en los pacientes encamados. El reciente interés acerca de la repercusión que esta manifestación cutánea tiene en la calidad de vida de los afectados se ha puesto de manifiesto en los úl-

timos años gracias a la publicación de una serie de trabajos, como el recogido recientemente en *British Journal of Dermatology*. En él se demuestra que, sorprendentemente, uno de los hechos que más deterioran este parámetro, más que el tamaño de la úlcera o su duración, es el tiempo que emplean en su cuidado (limpieza, cambio de apósticos, transporte hasta el hospital), que alcanza más de ocho horas semanales en el 10% de los casos.

De este hallazgo se ha derivado un incremento de la investigación hacia técnicas o materiales que puedan no sólo acelerar la curación de las heridas sino, también, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. En la última década se han introducido apósticos hidrocoloides, cámaras de oxígeno hiperbárico, factores de crecimiento, desbridamiento enzimático y otras alternativas que han mejorado la perspectiva terapéutica de estos enfermos.

**CULTIVO.** La piel artificial, al igual que la natural, tiene una epidermis y una dermis. La epidermis se obtiene de queratinocitos humanos, es decir, de las células de las capas superficiales de la piel del prepucio del recién nacido, tras una circuncisión rutinaria. La dermis se crea a partir de un cultivo de fibroblastos del mismo origen, y de colágeno bovino purificado procedente de los tendones del animal. Ambos tipos celulares y la matriz en la que se encuentran actúan a modo de una piel humana sana y normal. La aplicación de este equivalente cutáneo estimula la formación de piel nueva desde el borde de la úlcera, gracias a la acción de sustancias celulares como las citocinas, de la misma manera que lo haría un injerto de piel natural, pero con menores inconvenientes técnicos y mejores resultados.