

Una nueva familia en DM2 aborda más ampliamente la enfermedad

Se trata de uno de los problemas de salud que más preocupan en la actualidad. Más de 170 millones de personas sufren diabetes en todo el mundo, y se estima que la cifra de afectados se elevará a 366 millones en 2030. Por eso, no es de extrañar que, fruto de una intensa investigación en este campo, las nuevas estrategias farmacológicas para tratar el tipo 2 de esta patología (DM2, el 90 por ciento de todos los casos de diabetes) sean bien recibidas por los especialistas, tal y como ha constatado CF.

María Revuelta maria.revuelta@unidadeditorial.es 14/07/2008

Entre las novedades en este campo, una nueva familia de antidiabéticos, la de los incretín miméticos, está a punto de entrar en el España a través de su primer exponente, exenatida, ya comercializado en Estados Unidos. Estos agentes (el segundo más estudiado es liraglutida, en fase III) vienen con fuerza, ya que, como afirman los expertos, controlan la glucosa mientras hacen perder peso y mejoran algunos riesgos cardiovasculares.

Según explica Manel Puig, del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Barcelona, "esta nueva familia se basa en el conocimiento de la compleja fisiopatología de la DM2: algunas incretinas (hormonas peptídicas que se secretan en el tubo digestivo cuando comemos), y en especial GLP1, tienen acción sobre las células beta del páncreas, de manera que estimulan la secreción de insulina. Y en personas con DM2 ese fenómeno es defectuoso, de tal forma que la acción de las hormonas incretinas sobre el páncreas está disminuida. A partir de aquí han surgido estrategias de tratamiento con GLP1, pero como se degrada muy rápido se han diseñado compuestos con vida media más larga.

Beneficios

Estos fármacos, continúa Puig, proporcionan una mejor respuesta insulínica después de las comidas, que es dependiente de los niveles de glucosa (cuando llegan a valores normales, la presencia de incretinas no condiciona mayor cantidad de insulina, es como un regulador fisiológico). Además, estas moléculas, imitando lo que hace GLP-1, tienen efectos a nivel del sistema nervioso central, aumentando la sensación de saciedad, y produciendo la ralentización del vaciado gástrico, de forma que los nutrientes pasan de forma más lenta hacia el torrente sanguíneo, contribuyendo a un aumento de sensación de plenitud y consiguiendo que la mayoría de los pacientes reduzca su peso corporal, según Javier Salvador, endocrinólogo de la Clínica Universitaria de Navarra.

Esta característica es importante, comenta Sonia Gaztambide, del Servicio de Endocrinología del Hospital de Cruces (Baracaldo), pues "muchos de los antidiabéticos, como las sulfonilureas y los que estimulan la insulina que hay en el páncreas hacen ganar peso, lo cual no es lo mejor para ayudar al control metabólico.

Los incretín miméticos no sólo no hacen engordar, sino que ayudan a perder peso". Además, añade, con exenatida "se ha visto una disminución de los niveles de tensión arterial, aunque no de forma muy significativa, y un perfil beneficioso sobre los lípidos, pero son efectos más discretos y posiblemente relacionados con la pérdida de peso".

Cómo usarlos

Estos fármacos, de momento, se situarán en segunda línea tras el fallo con los antidiabéticos orales. Sin embargo, su potencial efecto protector de las células beta podría cambiar esto. "En animales se ha visto que estos fármacos protegen las células beta, aunque esto no está aún demostrado en humanos. Si protegieran las células beta pancreáticas harían que los pacientes tuvieran mejor control durante más tiempo. Hoy en día los antidiabéticos orales tienen una fecha de caducidad: todos pierden actividad al cabo de unos años, por lo que hay que sumar a un fármaco un segundo, y a veces un tercero, y finalmente recurrir a la insulina.

Si estos fármacos son capaces de preservar la masa de células beta serían unos fármacos ideales", apunta Gaztambide. Y añade: "Una forma indirecta para poder ver este efecto sería que con el uso del fármaco se mantuvieran niveles de buen control de hemoglobina glucosilada en el tiempo, y hasta ahora los datos a 3 años y medio demuestran que es así es".

Pero estos fármacos también tienen inconvenientes, como el hecho de que son inyectados. Con exenatida hay que poner 2 inyecciones por vía subcutánea al día. Pero no habría que estar ajustando dosis, como con la insulina, lo que facilita al paciente la administración. Tampoco tiene capacidad de producir hipoglucemia, como la insulina. Además, ya se están estudiando nuevas versiones de exenatida para administración única semanal, mientras liraglutida permitirá una administración diaria única, comenta Puig.

EL ARSENAL EN DM2

Principales antidiabéticos orales que constituyen el tratamiento farmacológico inicial en pacientes con diabetes 2.

Sensibilizadores a la insulina propia (insulinosensibilizadores):

- Biguanidas: el más utilizado es la metformina.
- Tiazolidindionas: Ejemplos: rosiglitazona, pioglitazona.

Estimulantes de la secreción de insulina (secretagogos):

- Sulfonilureas: Ejemplos: glibenclamida, glicazida, glimepirida, glipizida.
- Metaglinidas: Ejemplos: repaglinida, nateglinida.

Inhibidores de las alfa glicosidasas: Ejemplos: acarbosa, miglitol.

Fuente: OMS y Universidad de Navarra.