P-065

¿LO MÁS NUEVO ES SIEMPRE LO MEJOR? UN CASO DE INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2

Almudena Castaño Reguillo[1], Francisco Andrés Martínez Ortiz[1], Juan Manuel Cervera Centenero[1]

[1] *CS Los Ángeles*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 71 años, normopeso, con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde 2001, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL), sin enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica ni albuminuria. En tratamiento con metformina/sitagliptina y gliclazida, presentaba buen control metabólico (HbA1c 7,1%), sin hipoglucemias clínicamente relevantes conocidas.

Desde Atención Primaria (AP) se sustituyó gliclazida por dapagliflozina, fundamentalmente para reducir el riesgo potencial de hipoglucemia asociado a sulfonilureas. Tras el cambio comenzó a registrar glucemias capilares superiores a sus valores habituales, asociando poliuria, polidipsia, aumento de la ingesta hídrica, sudoración y malestar general. Presentó además diarrea, modificándose la formulación de metformina/sitagliptina para mejorar la tolerancia digestiva. Ante la persistencia de la clínica se sustituyó dapagliflozina por empagliflozina, sin mejoría. Finalmente se suspendió el iSGLT2 y se reintrodujo gliclazida, desapareciendo la sintomatología y recuperándose las glucemias habituales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente normopeso, sin complicaciones cardiorrenales conocidas. HbA1c basal 7,1%. Durante el tratamiento con ambos iSGLT2 registró reiteradamente glucemias en ayunas superiores a las previas. Cuatro meses después del inicio de los cambios terapéuticos, incluyendo la reintroducción de gliclazida, la HbA1c fue 7,3%.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se consideró deterioro clínico y glucémico temporalmente relacionado con la sustitución de gliclazida por iSGLT2. La glucosuria y diuresis osmótica propias de estos fármacos podían contribuir a la poliuria y polidipsia. Simultáneamente, la retirada del efecto insulinosecretor de gliclazida pudo favorecer el incremento de las glucemias en una DM2 de larga evolución. La persistencia con dos iSGLT2 y la resolución tras reintroducir gliclazida apoyaron esta relación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron descompensación por proceso intercurrente, intolerancia farmacológica, efecto de clase de los iSGLT2 y deterioro progresivo de la función beta-pancreática. Esta última constituye una hipótesis, al no disponer de péptido C.

CONCLUSIONES

La longitudinalidad de AP permite valorar el impacto real de las modificaciones terapéuticas. En un paciente de 71 años sin enfermedad cardiorrenal, una HbA1c de 7,1% podía encontrarse ya dentro de un objetivo individualizado adecuado. Aunque debe minimizarse el riesgo de hipoglucemia asociado a sulfonilureas, su sustitución no garantiza un mejor resultado individual. Se ha descrito previamente deterioro glucémico en algunos pacientes al retirar completamente una sulfonilurea al introducir un iSGLT2.

Antes de modificar un tratamiento eficaz y bien tolerado debemos establecer qué beneficio clínico perseguimos y reevaluar eficacia, tolerabilidad y calidad de vida. **La innovación amplía nuestras opciones, pero no sustituye a la individualización: cambiar el tratamiento no siempre significa mejorarlo.**

CÓMO CITAR

Castaño Reguillo A, Martínez Ortiz FA, Cervera Centenero JM. ¿LO MÁS NUEVO ES SIEMPRE LO MEJOR? UN CASO DE INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):85-86. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4