

# Lo Nuevo en Tratamiento de Diabetes Tipo II

**El doctor Claudio González es Médico Farmacólogo, profesor titular de la cátedra de Farmacología de la Universidad del Salvador, del Instituto Universitario Cemic, de la Universidad Austral, profesor adjunto de Farmacología de Favaloro y también docente de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Invitado por el servicio de Endocrinología del hospital, el doctor González disertó sobre avances en el tratamiento de la Diabetes Tipo 2.**

"Hablé, dijo el doctor González- de drogas que han aparecido en el mercado hace pocos años y también de algunos proyectos y de algunos fármacos que harán su aparición en el mercado en los próximos años. No más de 4 o 5 años."

- **Doctor, ¿Se trata de fármacos nacionales o habrá que importarlos?**

- La mayor parte corresponde a investigaciones del exterior, aunque hay algunos datos provenientes de centros de información de la provincia de Buenos Aires y de la ciudad de La Plata, donde han estado trabajando con estas sustancias en forma experimental, de modo que hay datos que son de recolección nacional.

- **¿En la misma línea de lo internacional?**

- Sí. Se trata de la relación entre el intestino y la secreción insulínica. Es un tema que, hoy por hoy, es de extrema trascendencia en diabetes.

- **¿Cuál es esa relación?**

- Nosotros antes creíamos que la relación entre el intestino y la secreción insulínica, solamente pasaba por el hecho de que el intestino era el lugar donde se absorbe el azúcar. Pero como allí se absorbe la glucosa, el intestino sirve como órgano de absorción, la glucosa iba al páncreas y estimulaba la absorción de insulina. Hoy sabemos que la cosa es más compleja: el intestino produce una sustancia que se llama **incretina**, que es capaz de estimular al páncreas y aumentar la liberación de insulina. Así que buena parte de la farmacología del futuro es saber como podemos modular o mejorar esta función -la segregación de incretina- que en los diabéticos está un poco alterada.

- Lo que sabemos por razones que aún son relativamente oscuras, es que estos péptidos que las personas segregamos o producimos, la incretina, hace que el páncreas segregue insulina en los pacientes diabéticos.

De modo que al aumentar el efecto de estas sustancias de alguna manera ayuda al paciente a recuperar los niveles de glucosa. Es decir, mejorar su glucemia, sus niveles de azúcar en la sangre. Estas drogas -sustancias que producimos nosotros- además, tienen algunas cosas interesantes: pueden mejorar la glucemia sin provocar hipoglucemia. Porque uno de los preciosos que, habitualmente, pagamos en diabetología por bajar el azúcar, es, en ocasiones producir hipoglucemia, lo que tiene una connotación negativa para los pacientes.

Estas drogas no producen hipoglucemia y tampoco interfieren con el peso corporal. Por que otra cosa que sucede frecuentemente cuando tratamos la diabetes es que



*El doctor Claudio González con el equipo de Endocrinología. Desde la izquierda: Dra. Silvina De Pedro; Dra. Claudia Flores; Dra. Graciela Jouffré; Dr. Carlos González; Dr. Mario Marzialetti; Dra. Adriana Fonifazzi; Dr. Osvaldo Flores, Dta. María Ofelia Sola y Dra. María Eugenia Kripliansky.*

muchas de las drogas que utilizamos aumentan el peso. Y esto, con estas drogas no se da.

- **¿Está usted hablando de las sustancias creadas en laboratorio?**

- En realidad es así: el organismo produce esas sustancias, pero desafortunadamente estas sustancias que produce el organismo no se pueden administrar directamente, entonces hay que hacer sustitutos que se producen en laboratorios y que son parecidos a ella, u otras que se pueden administrar por boca, que inhiben la destrucción de las sustancias que produce el organismo.

Hay entonces dos mecanismos: o se produce algo parecido a la incretina y se da por afuera o se da una pastilla que inhibe la degradación de la incretina.

- **¿Desarrolló algún otro tema?**

- Hablé también de algo realmente nuevo, por ejemplo, algunas nuevas sustancias que activan al páncreas para segregar insulina, que se llaman **activadores de glucoquinasa**, que es una enzima cuya actividad está disminuida en la diabetes y uno puede aumentarla a través de inhibidores, y entonces aumenta la secreción de insulina del páncreas.

- **¿Y esa secreción de insulina en un paciente enfermo puede evitar la aplicación diaria de insulina?**

- Desafortunadamente, no se puede predecir demasiado aún: la incretina está en

el mercado pero los inhibidores de glucoquinasa aún no. Habrá que esperar.

Pienso que no se deben esperar milagros en diabetes. Pero hay que advertirle a los pacientes que la insulina no es el estado final de su tratamiento, y tampoco que le dan insulina porque no hay otra cosa más. No es el final de su vida. La insulina ocupa un lugar en la terapia de la diabetes. Hay pacientes de Diabetes Tipo 2 que necesitan insulina por breve tiempo y luego se les puede quitar; otros pueden necesitarla por más tiempo. Pero no es el último recurso, y otra cosa importante: no deben asustarse cuando se les da insulina.