

CC039

USO DE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4 (IDDP4) EN PACIENTE EMBARAZA CON DIABETES TIPO 2 EN PERIODO DE EMBRIOGENESIS.

BARÁN Jérica, RONCALLO María José, ARANGUREN Marcela, FUSERO Mariela, YUSEFF Fernanda y BOQUETE Hugo
Hospital Alvarez

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 constituye una enfermedad metabólica crónica, con una incidencia mundial de 9%. Aproximadamente 1% de todas las mujeres embarazadas presenta DM pregestacional, asociada a una importante morbilidad perinatal. La insulina y algunos análogos de insulina humana representan la terapéutica de elección para el control glucémico en la gestación. En los últimos años se ha logrado un gran avance en la investigación sobre la eficacia y seguridad de algunos antidiabéticos orales (ADO) en el embarazo, como la metformina y la glibenclamida. Sin embargo, no existe evidencia suficiente que permita el uso de otros ADO como los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (IDDP4), que logran buen control glucémico, evitando episodios de hipoglucemias, uno de los efectos adversos más graves.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 35 años, con diagnóstico de DM en el 2013, antecedentes previos de 6 gestas, macrosomía fetal y DM gestacional, sin requerimientos de insulina. Niega antecedentes familiares metabólicos.

Laboratorio 1ra consulta: Glucemia 349 mg/dL. Hepatograma y función renal normal. TSH 2.88 mU/L, T4L 1,2 ug/dL, HbA1c: 10,6%.

Examen físico: P: 51 Kg, T: 1,38 m. BMI: 27,14. Acantosis nigricans en axilas.

Por mal control glucémico se indica insulina en dosis crecientes. Durante su seguimiento se agrega metformina (MTF) hasta 1500 mg/día y sitagliptina 100 mg/día. Con dicho esquema terapéutico mantiene buen control metabólico, HbA1c 5.3 % y se suspende la insulina.

Vuelve a la consulta luego de 7 meses, cursando gesta de 16 sem. Suspendió MTF y sitagliptina a las 10 sem de embarazo. Aporta automonitoreos glucémicos: todos fuera de objetivo, por lo que se indica esquema insulínico.

Ecografía fetal (22 sem): diámetro bipalpebral (BDP): 52mm, perímetro abdominal (PA): 169 mm (Pc 50-75); Longitud de fémur (LF): 36 mm, peso fetal aproximado (PFA): 445 g.

Ecocardiograma fetal (25 sem): no se observa cardiopatía de alto riesgo fetal. Cavidades cardíacas balanceadas. Tractos de salidas libres. Arco aórtico y ductal permeable. Ritmo y frecuencia cardíaca conservadas.

Laboratorio (34 sem): microalbuminuria(24hs): 2,8 ug/min; HbA1c: 5.7%, Fructosamina: 295 umol/L, Glucemia: 112 g/dL. Hepatograma, lípidos y función renal normal.

La paciente fue evaluada semanalmente ajustando la dosis del esquema basal-bolo.

Por mala adherencia al tratamiento y no concurrir a controles indicados por obstetricia, se decide su internación.

Ecografía fetal (37 sem): DBP: 89.4mm (36 sem), PA: 347 mm (38 sem: Pc 50-75); LF: 70.4mm (36 sem).

PFA: 3.350 g.

Cesárea 39 sem: RN a término, femenino, 3.725 gr (Pc 50), Talla: 49 cm (Pc 3), Apgar 9/10;

Circunferencia cefálica (CC): 35 cm (Pc 50).

Lactante(32 días): T: 49,5 cm. P: 3.500 gr. CC: 36 cm. Fontanela anterior: 2x2 cm y posterior cerrada.

La paciente se encuentra en período de lactancia, mantiene control metabólico en objetivo sólo con medidas higiénico dietéticas, sin requerimientos de insulina ni ADO.

CONCLUSIÓN: No existen, hasta el momento, estudios publicados que avalen el uso de IDPP4 en el embarazo. La investigación en animales ha demostrado, que atraviesan la placenta y se excretan por la leche, por lo que se clasifican como categoría B. Pero esto no se ha confirmado en humanos. En el presente caso pudimos observar que el uso de un fármaco de este grupo en las primeras 10 semanas de gestación, momento crítico del desarrollo fetal (embriogénesis), no mostró consecuencias obstétricas ni neonatales. La presentación de casos aislados, así como la investigación en ensayos clínicos controlados sobre su uso y seguridad serían de gran importancia, por los beneficios atribuibles a dichas drogas, brindando nuevas posibilidades de tratamiento, con menores efectos adversos.