

que asocien QT largo (hipopotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia), suscita dudas.

En suma, delamanid parece una buena opción para potenciar en un futuro próximo los regímenes de tratamiento de la tuberculosis pulmonar multirresistente.

L.M. Beltrán Romero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: luiszanguan@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.07.014>

## Ensayo clínico para mantener el control glucémico en jóvenes con diabetes tipo 2

TODAY Study Group. A clinical trial to maintain glycemic control in youth with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2012;366:2247-56.

**Objetivo:** A pesar de la creciente prevalencia de diabetes tipo 2 (DM2) en los jóvenes, existen pocas evidencias para guiar su tratamiento. En el presente estudio se compara la eficacia de 3 estrategias terapéuticas para obtener un control glucémico estable en niños y adolescentes con DM2 de reciente comienzo.

**Métodos:** Se incluyó a pacientes con DM2 de entre 10 y 17 años de edad, tratados con metformina (MTF) (1.000 mg 2 veces al día) hasta alcanzar niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferiores al 8%. Posteriormente fueron aleatorizados para continuar tratamiento tan solo con MTF, con MTF combinada con rosiglitazona (RG) (4 mg 2 veces al día), o con MTF más un programa de intervención sobre el estilo de vida (PIEV) (dieta y actividad física). La medición primaria del estudio fue la pérdida de control glucémico, definida como niveles de HbA1c  $\geq 8\%$  durante 6 meses o la presencia de descompensaciones metabólicas sostenidas que requiriesen insulina.

**Resultados:** Se incluyó a 699 participantes (tiempo medio de diagnóstico de la DM2: 7,8 meses); 319 (45,6%) alcanzaron el objetivo primario después de un seguimiento medio de 3,86 años. La tasa de fracasos para el tratamiento con MTF, MTF+RG y MTF+PIEV fue del 51,7% (120/232 participantes), 38,6% (90/233) y 46,6% (109/234), respectivamente. El tratamiento con MTF+RG fue superior a MTF en monoterapia ( $p=0,006$ ). La terapia con MTF+PIEV tuvo resultados intermedios, sin diferir significativamente del tratamiento con MTF o con MTF+RG. La monoterapia con MTF resultó menos efectiva en jóvenes negros no hispanos, y la combinación MTF+RG más eficaz en las chicas.

**Conclusiones:** La monoterapia con MTF proporciona un control glucémico mantenido en aproximadamente la mitad de los niños y adolescentes con DM2. La adición de RG, pero no la intervención intensiva sobre el estilo de vida, fue superior al tratamiento aislado con MTF.

### Comentario

En algunos países desarrollados la DM2 es responsable de cerca del 50% de los casos de DM juvenil. España figura entre

las naciones con mayores tasas de obesidad infanto-juvenil, lo que hace presagiar un futuro incremento de las tasas de DM2 en niños y adolescentes y de complicaciones metabólicas en adultos jóvenes. Dado que dichas complicaciones aumentan con la duración y el grado de control de la DM, es muy importante mejorar las estrategias de prevención y tratamiento de la DM2 en los jóvenes. Los únicos fármacos actualmente aceptados para el tratamiento de la DM2 en niños son la MTF y la insulina.

El estudio TODAY (*Treatment Options for Type 2 Diabetes in Adolescents and Youth*) muestra con claridad las limitaciones existentes para el tratamiento de la DM2 infanto-juvenil: a) Tras casi 4 años de seguimiento medio, menos de la mitad de los participantes en dicho estudio tratados con MTF mantuvieron un aceptable control metabólico (definido por una HbA1c < 8%). Esta tasa de fracasos terapéuticos con MTF parece mayor que la descrita en adultos con DM2 de reciente comienzo, e implicaría que la mayoría de los niños o adolescentes con DM2 requerirán a corto plazo tratamiento con insulina; b) La terapia combinada MTF+RG mejoró algo los resultados, pero casi el 40% presentaron fracaso terapéutico; además, las glitazonas tienen numerosos efectos adversos, motivos por los cuales no constituyen una buena opción terapéutica para la DM2 infanto-juvenil; y c) Es especialmente desalentadora la baja eficacia de la modificación del estilo de vida; solo el 31% de los jóvenes con DM2 que siguieron un programa intensivo de dieta y ejercicio perdieron peso, habitualmente de forma transitaria, y no alcanzaron un mejor control glucémico que la MTF aislada.

Estos datos nos recuerdan la dificultad para implementar estrategias eficaces para prevenir la obesidad, especialmente en jóvenes que han crecido inmersos en un ambiente social «obesogénico», de sobrenutrición y sedentarismo. La pandemia de «diabesidad» constituye un fracaso colectivo para mantener una forma de vida sana. La solución de la DM2 no debiera basarse en desarrollar nuevas terapias más eficaces, sino en prevenir la obesidad. Resolver este problema trasciende a la medicina y requiere medidas políticas que promuevan un cambio sociocultural y unos hábitos más saludables.

R.G. Huelgas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

<sup>b</sup> CIBER Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CB06/003)

Correo electrónico: ricardogomezhuergas@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.07.015>