

Insulina glargina en nutrición enteral

S. PÉREZ-NARANJO, J. OCÓN-BRETÓN, F. CALVO-GRACIA
Y E. FAURE-NOGUERAS

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.*

GLARGINE INSULIN IN ENTERAL NUTRITION

We report the case of a 37-year-old man with type 1 diabetes mellitus of 20 years' duration who presented with severe gastroparesis. Gastroparesis required jejunostomy with enteral nutrition administered with continuous perfusion pump and diabetes was well regulated with a daily dose of insulin glargine.

Key words: Insulin glargine. Enteral nutrition. Diabetes mellitus.

Se presenta el caso de un varón de 37 años con diabetes mellitus tipo 1 de 20 años de evolución que padece una grave gastroparesia diabética. Para el tratamiento de ésta, requirió la colocación de una sonda de yeyunostomía por la que recibía nutrición enteral continua en bomba de perfusión y su diabetes estaba bien controlada con una dosis diaria de insulina glargina.

Palabras clave: Insulina glargina. Nutrición enteral. Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

En comparación con la tradicional insulina de acción lenta, NPH o ultralenta, la glargina muestra menor número de hipoglucemias, sobre todo nocturnas, con un adecuado control glucémico¹. Esto se debe especialmente a su acción de 24 h sin picos y con una sola administración al día. De ahí que la glargina debe conseguir un efecto similar a la infusión continua por vía intravenosa o subcutánea de insulina regular en sujetos con nutrición enteral o parenteral. Sin embargo, hace falta más documentación del uso de glargina en tales circunstancias.

CASO CLÍNICO

En este caso clínico presentamos un sujeto que recibe nutrición enteral continua y mantiene un adecuado control glucémico con una dosis de insulina glargina.

Varón de 37 años de edad, diabético tipo 1 de 20 años de evolución, que presenta retinopatía proliferativa, polineuropatía periférica en extremidades inferiores y gastroparesia. La retinopatía había sido fotocoagulada y su polineuropatía tratada con gabapentina. No presenta complicaciones macrovasculares ni nefropatía. Es hipertenso en tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. La gastroparesia fue diagnosticada en junio de 2004 (la tomografía computarizada y la endoscopia gástrica fueron normales y el paso de contraste lento, reflujo gastroesofágico y atonía duodenal en el estudio esofagogástrico duodenal baritado). El control metabólico habitual era malo; la HbA_{1c} oscilaba entre 9 y 12%, y era de 9% antes de iniciar la nutrición enteral.

A pesar del tratamiento intensivo con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos, la persistencia de los vómitos y la intolerancia digestiva alimentaria (salvo la ingesta de agua) hicieron necesaria la colocación de una sonda de yeyunostomía para nutrición enteral a finales de

Correspondencia: S. Pérez-Naranjo.
Lapuyade, 18, 1.º E. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: napesu@yahoo.es

Manuscrito recibido el 6-4-2005; aceptado para su publicación el 30-5-2005.

agosto de 2004. El paciente pesaba 70 kg antes del ingreso, tenía una talla de 1,70 m, un índice de masa corporal de 24,2 kg/m²; había perdido 3 kg en 3 meses y su perfil nutricional era el siguiente: proteínas totales 5,6 mg/dl, albúmina 3,9 mg/dl, prealbúmina 8 mg/dl, proteína transportadora de retinol 3 mg/dl, y transferrina 150 mg/dl.

Al inicio de su diabetes el paciente comenzó con una pauta de insulina convencional (NPH 22-0-22). Al cabo de los años se le prescribió una pauta de insulina intensiva (NPH 12-10-16 e insulina rápida 4-6-4 y posteriormente análogo rápido y NPH en mezcla fija [Humalog mix 25 14-20-20]).

El paciente actualmente recibe nutrición enteral continua en bomba de perfusión durante 15 h al día, desde las 22 a las 10 y desde las 14 hasta las 17, con una fórmula peptídica a 120 ml/h; sólo tolera la ingesta de agua y de medicamentos por vía oral. Dadas las características de su alimentación continua sin apenas picos posprandiales decidimos instaurar tratamiento con insulina glargina, ya que con su pauta de 3 dosis de Humalogmix 25[®] no conseguimos controles glucémicos aceptables (preprandiales entre 150-250 mg/dl y posprandiales entre 200-300 mg/dl), con hipoglucemias sobre todo nocturnas.

Se le inyectó una sola dosis de insulina glargina subcutánea de 50 unidades a las 16 para minimizar el riesgo de hi-

poglucemias nocturnas que presentaba de forma asintomática. En los 6 meses posteriores no ha presentado hipoglucemias ni ha requerido suplementos de insulina rápida. Su HbA_{1c} ha mejorado hasta el 7,4%, así como sus proteínas totales de 6,9 mg/dl y albúmina de 4,2 mg/dl.

COMENTARIOS

Este caso ilustra cómo la administración de insulina glargina subcutánea en pacientes que requieren nutrición enteral continua mantiene un buen control glucémico sin inducir hipoglucemia² y contribuye así a mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Carrera M, Silvestre JS. Insulin analogues in the management of diabetes. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2004; 26:445-61.
2. Putz D, Kabadi UM. Insulin glargine in continuous enteric tube feeding. *Diabetes Care*. 2002;25:1889-90.