



208 - MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 3C: ROMPIENDO EL MITO DE LA "DIABETES LÁBIL"

G. Rodríguez Carnero¹, D. Rivas⁴, L. González Roza⁵, R. Villar Taibo², Á. Ortiz-Zúñiga⁶, M.M. Senent Capote⁸, M. Cuesta³, S. Gutiérrez Medina⁹, A.M. Gómez Pérez¹⁰ y M.C. Serrano Laguna⁷

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital da Barbanza. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

⁴Endocrinología y Nutrición, Hospital Central de Asturias, Oviedo. ⁵Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial de León. ⁶Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital de Jerez.

⁹Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Madrid. ¹⁰Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La diabetes *mellitus* tipo 3c (DMT3c) se caracteriza por un déficit endocrino y exocrino que ha llevado a denominarla "diabetes lábil" por la gran variabilidad glucémica y la alta tasa de hipoglucemias. Entre las etiologías más frecuentes de DMT3c están la pancreatitis crónica (PC) y la cirugía pancreática (CP). Se desconoce la eficacia de la monitorización continua de glucosa (MCG) en esta población.

Objetivos: comparar las características y el grado de control glucémico (medido por MCG) de los pacientes con DMT3c secundaria a PC y CP atendidos en las consultas del Servicio de Endocrinología y Nutrición (END).

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico que incluyó pacientes con DMT3c secundaria a PC (criterios de Ewald y Bretzel) y secundaria a CP, de más de un año de evolución atendidos en las consultas de END de 10 centros de la geografía española.

Resultados: Un total de 170 pacientes (71,2% DMT3c secundaria a PC) fueron incluidos. Hubo un mayor predominio del sexo masculino en el grupo de PC (73 vs. 57%), la edad media fue menor (59 vs. 67 años), la presencia de DMT2 previa fue mayor (33 vs. 18%) y las necesidades diarias de insulina por kilogramo de peso fueron mayores (0,51 vs. 0,22). No se encontraron diferencias significativas en los datos reportados por la MCG. El coeficiente de variación (CV) y tiempo por debajo de rango (TBR) estaban dentro de los objetivos recomendados (CV: PC = 34% Cp = 33%; TBR: PC = 2,6% Cp = 1,7%). El tiempo en rango (TIR) fue inferior a lo recomendado (TIR: PC = 56% CP 57%) y la A1c fue superior al 7% (PC 7,9% CP 7,6%).

Conclusiones: Los pacientes con DMT3c secundaria a PC o CP de nuestro país presentan un subóptimo control metabólico con una baja tasa de hipoglucemias y una variabilidad baja. Así, el concepto de "diabetes lábil" en la DMT3c no se encuentra apoyado por los resultados reportados por la MCG de este estudio y puede que este concepto contribuya a un peor control glucémico.