



## 212/1727 - CANAGLIFLOZINA 300 MG EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2 CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

M.L. Fernández Domínguez<sup>a</sup>, M. Ruíz Peña<sup>b</sup> y P. Clavero Cereceda<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Los Barrios. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Algeciras Norte. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años con DM2 de 4 años de evolución y antecedente de cardiopatía isquémica por enfermedad coronaria grave de 3 vasos con revascularización percutánea completa. Presenta obesidad, hipertensión arterial e hiperlipemia. Realiza una vida sedentaria y es exfumador desde hace 8 años. En tratamiento con 1.700 mg metformina, telmisartan/hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 80 mg, omacor, bisoprolol 5 mg y nitroglicerina 10 mg subcutánea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Obesidad grado I (IMC 33,295), perímetro abdominal aumentado (115 cm) y cifras tensionales normales (110/60 mmHg). En su analítica de control de julio de 2015 encontramos una HbA1c de 9,8%, con cifras de colesterol, ácido úrico y filtrado glomerular normales. Nos planteamos un objetivo de 6-6,5%, según las recomendaciones de 2016 de la ADA, al presentar bajo riesgo de hipoglucemias, tener una amplia expectativa de vida, poco tiempo de progresión de la enfermedad y buena disposición por parte del paciente. Intensificamos el tratamiento añadiendo canagliflozina 100 mg antes del almuerzo. Transcurridos 4 meses, solicitamos un nuevo control analítico y el paciente había experimentado un descenso de HbA1c de 1,6%, presentando una cifra de 7,2%. Aún no estaba bien controlado, por lo que volvemos a intensificar el tratamiento empleando canagliflozina 300 mg. Repetimos la analítica a los 4 meses y la HbA1c había vuelto a disminuir hasta 6,4%.

**Juicio clínico:** DM2 en paciente con enfermedad cardiovascular.

**Diagnóstico diferencial:** No se corresponde un diagnóstico diferencial.

**Comentario final:** El primer mensaje es que debemos tratar la DM2 fuerte y pronto, empleando todos los recursos disponibles para que la glucemia esté lo mejor controlada en los primeros 10 años de enfermedad. Se hace evidente que cada persona es diferente y el objetivo de HbA1c debe individualizarse. Al intensificar el tratamiento farmacológico, tener en cuenta las características individuales del paciente. En este caso tanto los iSGLT como los aGLP1 se postulan como segundo escalón tras metformina en pacientes con DM2, obesidad y con enfermedad cardiovascular. Por último destacar que tanto canagliflozina 100 mg como 300 mg han demostrado disminuir la HbA1c, glucemia basal en ayunas, peso y tensión arterial.

## **Bibliografía**

1. Inzucchi SE. Diabetes & Vascular Disease Research. 2015.
2. Cefalu WT. Lancet. 2013.
3. Lavalle-González FJ. Diabetología. 2013.
4. Gómez Huelgas R. Revista Clin Española. 2015.

**Palabras clave:** *Diabetes. Enfermedad cardiovascular. iSGLT2.*