**P 88**

**USO DE ANÁLOGOS DE GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 PARA OPTIMIZAR EL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

Javier Vega Vega1, Mariana Boncompte Guarda1

1Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
**Introducción:** La base del tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1) es el reemplazo fisiológico de insulina, sin embargo, se ha propuesto incorporar terapia no insulínica para optimizar el control metabólico en esta población. Presentamos el caso clínico de una paciente con DM1 y obesidad, a quien se planteó la adición de un análogo de glucagon-like peptide-1 (GLP1) para estabilizar su control glicémico y peso.

**Caso clínico:** Mujer de 47 años, con antecedentes de HTA y obesidad. Consulta por historia de 8 meses de polidipsia y poliuria. Antecedentes familiares de DM2: abuela materna, padre y tíos paternos. Se diagnostica diabetes tipo 2, inicia metformina y posteriormente insulina (premezcla), sin lograr buen control metabólico, derivándose a evaluación por especialista. Al interrogatorio, reconoce atracones, sin purgas asociadas. Examen físico: peso 86 Kg, talla 1.44 m, IMC 41.4 kg/m2, con signos de insulinoresistencia, sin fenotipo cushingoide. Exámenes de laboratorio: HbA1c 13.4%, HDL 45 mg/dl, LDL 166 mg/dl, TG 214 mg/dl, función renal y tiroídea normales. Se inicia esquema de insulina basal-bolo (Glargina U300 y Lispro), persistiendo mal control y alta variabilidad glicémica, por lo que se solicitan marcadores inmunológicos de DM1, con autoanticuerpos anti tirosin-fosfatasa 2 positivos. Se ajusta esquema de insulina, inicia educación en conteo de carbohidratos, refuerzo en dieta y ejercicio. En controles posteriores se objetiva HbA1c 8.7%, pero aumento de peso de 8 Kg (IMC 45.2) y de requerimientos de insulina (DDT = 145 U/día, 52% basal) y aún con significativa variabilidad glicémica asociada a atracones. En ese momento se agrega liraglutide como tratamiento coadyuvante, llegando a dosis de 1.2 mg/día.

Seis semanas después alcanza mejor control glicémico, HbA1c 7.7% y promedios de glicemias de ayuno, prealmuerzo y precena de 123, 135 y 106 mg/dl respectivamente, además de bajar 7.5 kg, reducir DDT de insulina a 120 U/día y sin nuevos episodios de atracones. Al tercer mes de tratamiento se plantea realizar un bypass gástrico en Y de Roux. Cuatro semanas post operada, logra bajar 17 Kg respecto a su peso máximo y disminuir DDT de insulina a 40 U/día.

**Discusión:** Los análogos de GLP1 han sido ampliamente usados en pacientes con DM2 y obesidad, al estimular la secreción de insulina, disminuir los niveles de glucagón, retardar el vaciamiento gástrico, inhibir el apetito y se ha planteado su uso para el manejo en trastorno por atracones. Estudios randomizados en sujetos con DM1 han demostrado que la adición de esta droga logra bajar la DDT de insulina, HbA1c y el peso; sin embargo, no se ha aprobado su uso por una mayor incidencia de hiperglicemia con cetosis e hipoglicemias sintomáticas. En el caso clínico descrito, la adición de Liraglutide resultó eficaz y segura, con una reducción de la HbA1c, el peso, una menor variabilidad glicémica y mejor control del apetito, sin episodios de hipoglicemias severas.

**Financiamiento:** Sin financiamiento