Semergen. 2015;41 (Espec Congr):954

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2189 - UNA DIABETES ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO QUE EN PRIMARIA REQUIERE ESTAR OJO AVIZOR

E. Cano Cabo[a], R. Abad Rodríguez[b], M. Maceira Failache[c], G. García Estrada[c], M. Cordero Cervantes[d] y L.M. Siris González[e]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colloto. Asturias. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años con antecedentes familiares (madre con DM diagnosticada a los 20 años a tratamiento con hipoglucemiantes orales, insulinización a partir de los 60 años). Peso: 93 Kg; talla: 1,70 m, e índice de masa corporal: 32,18 Kg/m^2. En analítica rutinaria se objetivan cifras de glucemia basal (GB): 121 mg/dl, y TSH: 7,35 µUI/ml, con T4 y T3 normales. Al repetirse la analítica a los tres meses: GB: 111 mg/dl, y HbA1c: 5,8%. TSH: 9,23 µUI/ml. Se le diagnostica GB alterada e hipotiroidismo subclínico. Se recomienda tratamiento con dieta y ejercicio físico.

Exploración y pruebas complementarias: En control posterior a los tres y seis meses se comprueban valores de HbA1c de 8,3%, por lo que se inicia terapia con metformina 875, un comprimido a la cena con buena respuesta inicial. Sin embargo, tras incrementos periódicos de la dosificación se demostró una HbA1c del 11% y clínica cardinal, consistente en polidipsia, poliuria, nicturia y pérdida de aproximadamente 10 Kg de peso. Se solicitó al laboratorio un perfil inmunológico de autoanticuerpos específicos que mostró: anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina elevados, anticuerpos anti islotes (ICA) no detectables, antiinsulina (IAA) y antitirosinfosfatasa (IA2) negativos y antidecarboxilasa de ácido glutámico (anti-GAD) positivos. Péptido-C basal de 1,1 ng/ml (normalidad, 0,6-5,4). Se solicita consulta a Endocrinología.

Juicio clínico: Con el diagnóstico de diabetes tipo LADA se inicia tratamiento intensivo con dieta 1.800 calorías, insulina Lantus 23 UI a la comida e insulina Novorapid 4-2-2. Su control metabólico mejoró radicalmente manteniendo en la actualidad valores de HbA1c < 6%.

Diagnóstico diferencial: En ocasiones, el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de diabetes en una franja intermedia de edad comprendida entre los 25 y 45 años es complicado. Es en Atención Primaria en donde debemos estar alerta ante estos pacientes que presentan otras variedades de diabetes, donde se solapan la predisposición genética, hallazgos inmunológicos y una secreción inestable de insulina.

Comentario final: La diabetes tipo LADA es una forma de diabetes poco reconocida en Atención

Primaria que generalmente es diagnosticada y tratada como una DM tipo 2. Debe ser considerada en pacientes que se presenten como diabéticos tipo 2 "atípicos"(no obesos, no síntomas de insulinopenia como adelgazamiento, poliuria, polidipsia y polifagia), edad de aparición antes de los 50 años, estado nutricional normal e historia personal o familiar de autoinmunidad, o en aquellos casos de diabetes mellitus tipo 2 que evolucionan desfavorablemente a pesar de medidas terapéuticas comunes. En nuestro caso la obesidad, su edad (> 30 años) y buen control metabólico con dieta e hipoglucemiantes orales nos orientaría a una diabetes tipo 2. Sin embargo, la clínica larvada de un año de evolución, síntomas cardinales y la gran pérdida ponderal, nos hizo pensar más en un patrón clínico de insulinopenia más propio de Diabetes tipo 1. Representa aproximadamente el 10% de los pacientes previamente diagnosticados de DM tipo 2 y se calcula que está presente en el 50% de los que tienen DM tipo 2 no obesos. Puede asociarse con otras patologías autoinmunes, principalmente con enfermedad tiroidea autoinmune y enfermedad celíaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amado Señarís JA. Diabetes mellitus tipo LADA (latent autoimmune diabetes in the adult). Revista Diabetes Práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria 2010;(1):3-7.

2. Felipe Pollak C, Tatiana Vásquez A. Latent autoimmune diabetes in adults. Rev Med Chile. 2012;140:1476-81.

3. Escalada FJ. Trastornos tiroideos y diabetes. Thyroid dysfunction and diabetes mellitus. Av Diabetol. 2007;23(3):172-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.