



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2973 - POR FIN PIERDO PESO SIN ESFUERZO

R. Rolando Urbizu^a, G. Rojas Martelo^b, L. Gómez Sánchez^c, R. Coletto Gutiérrez^d, G. Izquierdo Enríquez^d y A. Siguero Angu^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmín. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, administrativo, sin AP ni AF de interés, fumador 15 cigarrillos/día. Acude porque desde hace tres semanas, presenta poliuria y polidipsia, notando astenia intensa en la última semana. Nos cuenta que ha perdido bastante peso en los últimos meses sin haber realizado cambios dietéticos. Revisando el último registro de hacía 6 meses, vemos que en total ha perdido 10 Kg. Nos cuenta que el año anterior había dejado de fumar engordando 10 Kg. Poco después le despidieron, lo que supuso un golpe muy duro en la familia y retomó el tabaquismo notando desde entonces la pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: glucosa 317, HbA1c: 10,2. anticuerpos (Ac) de ácido glutámico descarboxilasa (GAD) > 2.000. Ac anti-insulina (IAA) 15. Péptido C: 0,52. Resto normal. TC body: sin hallazgos patológicos de interés.

Juicio clínico: Diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).

Diagnóstico diferencial: DM tipo I. DM tipo II. Síndrome constitucional.

Comentario final: Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas productoras de insulina, de manera más lenta que en la DM tipo I. Diagnóstico, 3 criterios: 1) Presencia de Ac de células islotes (ICA), Ac de ácido glutámico descarboxilasa (GAD) o Ac anti-insulina (IAA). 2) Edad: entre 30-50 años. 3) Insulinoindpendencia en los 6 primeros meses. La clínica cardinal suele pasar desapercibida. A títulos más altos de anticuerpos, progresión más rápida a insulinoindpendencia. Mismas complicaciones micro y macrovasculares con DM tipo I y II pero con menor frecuencia por menor asociación con HTA y obesidad. Aproximadamente 10% de los pacientes diagnosticados con DM tipo II son diabetes tipo LADA. Con frecuencia se asocia a otros procesos autoinmunes tiroiditis, enfermedad celíaca. Se debe sospechar en pacientes que al inicio presentan buen control con ADO y que dejan de tenerlo a los 6-35 meses. En atención primaria no podemos solicitar los anticuerpos, pero sí sospechar esta entidad, derivar con una buena sospecha clínica y ante esta iniciar siempre insulina.

Bibliografía

1. Fourlanos S, et al. Latent autoimmune diabetes in adults (LADA) should be less latent. Diabetologia. 2005;48:2206-12.

2. Desai M, Clark A. Autoimmune diabetes in adults: lessons from the UKPDS. Diabet Med. 2008;25 Suppl 2:30-4.

Palabras clave: Diabetes mellitus. LADA. Autoimmune.