



CASO CLÍNICO

Debut de diabetes mellitus tipo 1 en paciente de 91 años

Debut of type 1 diabetes mellitus in a 91-year-old man



Chenhui Chenhuichen^{a,*}, Marina Sánchez-Latorre^a, Juan Manuel Zubiría^b
y Nicolás Martínez-Velilla^{a,c,d}

^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona, España

^b Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona, España

^c Navarrabiomed, Universidad Pública de Navarra (UPNA), IdiSNA, Pamplona, España

^d CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 91 años que acudió a su médico de atención primaria por un cuadro consistente en malestar general, síndrome poliuria-polidipsia, anorexia, xerostomía, pérdida de peso de 3 kg en menos de un mes y deterioro funcional agudo asociado. Vivía con su esposa y era independiente para todas las actividades de la vida diaria (índice Barthel 100/100, índice Lawton 8/8). No refería fallos mnésicos ni alteraciones sensoriales, tan solo bajo estado de ánimo en relación con el empeoramiento de su situación funcional basal. En ese momento su IMC era de 27,5 kg/m². Entre sus antecedentes médicos destacaban hipertensión arterial y EPOC leve, pero no tenía antecedentes personales ni familiares de diabetes ni de enfermedades autoinmunes.

En el servicio de Urgencias presentaba niveles de glucemia de 700 mg/dl, creatinina de 2,49 mg/dl y filtrado glomerular de 22 ml/min. La gasometría venosa mostraba acidosis metabólica: pH 7,17, CO₂ 30,9 mmHg, bicarbonato 11 mmol/l, exceso de bases -17,5 mmol/l, lactato 3,7 mmol/l y cuerpos cetónicos 7,4. Con el diagnóstico de cetoacidosis diabética, se inició infusión intravenosa continua de insulina de acción rápida, así como fluidoterapia intravenosa y bicarbonato. Posteriormente, para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se realizó un análisis de anticuerpos, detectando un aumento en el título del anticuerpo anti-GAD (> 280 U/ml) y una hemoglobina glucosilada (HbA1c) del 11,8%. Durante su hospitalización recibió dieta de perfil diabético y tratamiento con insulina mediante régimen bolo-basal, lográndose un adecuado control glucémico. Mediante una tomografía computarizada abdominal se excluyeron lesiones pancreáticas. Después del período inicial de citotoxicidad glucémica los requerimientos de insulina disminuyeron, tal y como muestra la tabla 1. Inicialmente se consideró al paciente pre-frágil según los criterios de Fried¹, pero en el seguimiento en consultas de Geriatría se constató un estado

Tabla 1

Control glucémico y ajustes de tratamiento realizados tras del diagnóstico

	Diagnóstico	10 días	1 mes	2 meses
Glucemia basal (mg/dl)	706 ^a	150-250	76-178	220-350
Episodios de hipoglucemias	Ninguno	1	Ninguno	
Insulina glargina U-100 (UI)	0-0-26	0-12-0	0-16-0	
Insulina humana (UI)	4-4-4	Solo si > 250 mg/dl 4 UI		

^a Momento de debut, glucemia aleatoria.

de fragilidad con disminución de fuerza y velocidad de la marcha y bajo nivel de actividad física. El paciente falleció 2 meses después a causa de una colitis isquémica.

Discusión

Se cree que la DM1 representa del 5 al 10% de todos los casos registrados de diabetes. Es causada por la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas², lo que conduce a un déficit total de insulina. A pesar de que la mayoría de los casos se diagnostican en niños y adolescentes, puede afectar a personas de todas las edades³. Entre 2016 y 2017 la DM1 representó el 3,3% del total de diagnósticos de diabetes en personas mayores (≥ 65 años) en Estados Unidos⁴. El diagnóstico de DM1 en las personas mayores es difícil no solo por la alta prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sino también por la posible superposición de las características clínicas de ambas. El debut en forma de cetoacidosis diabética es más frecuente en la DM1, aunque también ocurre en la DM2; por este motivo, para el diagnóstico diferencial es necesaria la determinación de autoanticuerpos.

En numerosos estudios se menciona la llamada diabetes autoinmune latente en adultos (*latent autoimmune diabetes in adults* [LADA]), una entidad heterogénea caracterizada por un proceso inmunológico menos acelerado.

El tratamiento con insulina en personas mayores requiere especial atención debido a los diferentes desafíos que resultan del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chenhuichen253@gmail.com (C. Chenhuichen).

proceso de envejecimiento⁵, especialmente en la DM1 o en la DM2 avanzada, donde es indispensable el tratamiento insulínico. Se ha demostrado que la diabetes aumenta el riesgo de desarrollar afecciones que conducen a la fragilidad⁶. Por tanto, es muy importante establecer los objetivos de control metabólico ajustándolos al estado de cada individuo mediante la realización de una valoración geriátrica integral.

Este caso es un ejemplo de presentación atípica de enfermedades en ancianos, pues combina aspectos clásicos junto a la aparición de deterioro funcional como síntoma clave en un paciente vulnerable. Dicho síntoma no solo es una manifestación clínica, sino que se convierte en un objetivo terapéutico. La elevada edad del caso presentado lo convierte en uno de los pocos casos clínicos similares publicados en la literatura médica.

Conclusiones

El diagnóstico de la DM1 en las personas mayores es infrecuente, pero siempre ha de tenerse en cuenta. Complicaciones como la cetoadosis o el síndrome hiperglucémico hiperosmolar son potencialmente mortales y requieren atención urgente. Los objetivos de control metabólico en personas mayores deben individualizarse considerando el estado de fragilidad de cada individuo, teniendo también como objetivos terapéuticos los aspectos funcionales, cognitivos y sociales.

Declaración de consentimiento

Este caso se ha escrito y publicado con el consentimiento verbal del paciente y con el consentimiento escrito de sus familiares.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman vA.B., Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:146–57.
2. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2020;43 Suppl 1:S14–31, <http://dx.doi.org/10.2337/dc20-S002>.
3. Diaz-Valencia PA, Bougnères P, Valleron AJ. Global epidemiology of type 1 diabetes in young adults and adults: A systematic review. *BMC Public Health*. 2015;15:255, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1591-y>.
4. Xu G, Liu B, Sun Y, Du Y, Snetselaar LG, Hu FB, et al. Prevalence of diagnosed type 1 and type 2 diabetes among US adults in 2016 and 2017: Population based study. *BMJ*. 2018;362:k1497, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1497>.
5. Kilvert A. The challenges of type 1 diabetes in older people. *Pract Diabetes*. 2015;32:175–9.
6. Morley JE, Malmstrom TK, Rodriguez-Mañas L, Sinclair AJ. Frailty, sarcopenia and diabetes. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15:853–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.001>.