CC-063

MCG PARA DETECTAR SOBREINSULINIZACIÓN EN DIABETES POSTRASPLANTE: RETIRADA DE PAUTA BASAL-BOLUS

Joshua Domínguez Fuentes[1], Odalys Almarales Álvarez[1], Jennifer Domínguez González[1]

[1] *Centro de salud Ofra-Miramar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años, con dos trasplantes renales (1995 y 2019), nefrectomía izquierda por tumor renal (2009) e inmunosupresión crónica con prednisona y micofenolato. Presenta diabetes mellitus postrasplante de tres años de evolución, tratada con pauta basal-bolus: glargina U300 43 U/día e insulina rápida, con requerimientos de hasta 65 U/día. Recibía además semaglutida subcutánea 1 mg/semana y dapagliflozina. En seguimiento desde Atención Primaria se plantea reevaluar la intensidad terapéutica ante un control glucémico progresivamente más estricto.

Desde mayo de 2026 presentó HbA1c sucesivamente <6%. La monitorización continua de glucosa (MCG) identificó episodios recurrentes de hipoglucemia, motivando una desintensificación progresiva. Se redujo inicialmente la insulina basal y se retiraron progresivamente los bolos prandiales. Tras cada ajuste, la MCG permitió comprobar la estabilidad del control y continuar el descenso hasta retirar también la basal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al mes de la retirada mantenía un perfil glucémico adecuado, sin hiperglucemias significativas, y había perdido 5 kg. Posteriormente: glucemia 88 mg/dL, HbA1c 5,3% (34 mmol/mol), glucosa media en MCG 106 mg/dL, péptido C 6,07, creatinina 2,07 mg/dL y FGe 34 mL/min/1,73 m^2 (ERC G3b), sin deterioro renal respecto a su situación basal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La hipoglucemia detectada por MCG en un paciente tratado con dosis elevadas de insulina orientó a sobreinsulinización respecto a sus necesidades actuales. La ausencia de empeoramiento glucémico tras cada reducción permitió continuar la desintensificación hasta la retirada completa, manteniendo posteriormente un perfil adecuado.

La estabilidad renal hace improbable que el descenso de requerimientos se explique exclusivamente por cambios en el aclaramiento de insulina. Se consideró probablemente multifactorial, en relación con semaglutida, pérdida ponderal, mejoría de la sensibilidad a la insulina y secreción endógena conservada.

El péptido C debe interpretarse con cautela por la ERC.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron cambios en función renal, inmunosupresión o tratamiento glucocorticoideo, ingesta, peso, medicación y procesos intercurrentes como posibles modificadores de los requerimientos. La estabilidad renal y el mantenimiento del control tras retirar insulina apoyaron la sobreinsulinización como explicación principal. La retirada no implica resolución de la diabetes, sino menor requerimiento actual, susceptible de modificación futura.

CONCLUSIONES, RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

La insulinoterapia en la diabetes postrasplante debe reevaluarse periódicamente. En Atención Primaria, la MCG permitió detectar hipoglucemias, identificar una posible sobreinsulinización y guiar una desintensificación desde hasta 65 U/día hasta la retirada completa, manteniendo un excelente control glucémico. La principal enseñanza es que la aparición de hipoglucemias debe activar una revisión de la intensidad terapéutica y no únicamente el tratamiento puntual del episodio.

CÓMO CITAR

Domínguez Fuentes J, Almarales Álvarez O, Domínguez González J. MCG PARA DETECTAR SOBREINSULINIZACIÓN EN DIABETES POSTRASPLANTE: RETIRADA DE PAUTA BASAL-BOLUS. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):35. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4