P-009

NO TODA DIABETES DE INICIO EN EL ADULTO ES UNA DIABETES MELLITUS TIPO 2: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO

Noelia Vigal García[1], Lucía Fernández González[2], Raquel Huerta Menéndez[3]

[1] *Centro de Salud Miribilla. Bilbao (Vizcaya)*
[2] *Centro de Salud Pumarín. Oviedo (Asturias)*
[3] *Centro de Salud Siero-Sariego. Pola de Siero (Asturias)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 46 años en el que se detecta en analítica de rutina hiperglucemia con cifras de 312 mg/dL, siendo las glucemias previas registradas de menos de 90 mg/dL. El paciente corrobora analítica en ayunas. Al realizar la anamnesis refiere en las últimas dos semanas sintomatología de polidipsia, polifagia y poliuria. Niega cuadro vírico previo, fiebre, vómitos, alteraciones del ritmo intestinal o disuria. No pérdida ponderal u otra sintomatología.

Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 2 años. OH muy ocasional. No antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial ni enfermedad cardiovascular conocida. Hipertrigliceridemia leve en analítica previa. No intervenciones quirúrgicas ni tratamiento crónico. Ejercicio físico 2 veces por semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 136/83. FC 87 lpm. Afebril. SO2 98%, no taquipnea. Normocoloreado y normohidratado.

Peso: 74 kg. Talla 178 cm. IMC 23,4.

Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias. Ruidos presentes.

Exploración neurológica: consciente y orientado en tiempo y espacio. Glasgow Coma Score (GCS) 15. Lenguaje fluido, nómina, comprende y repite. No signos de focalidad neurológica.

Se realiza glucemia capilar con resultado "HIGH" y cetonemia capilar de 1,4 mmol/L. Se inicia insulina rápida y sueroterapia intensiva y se decide derivación hospitalaria para monitorización y tratamiento.

En Urgencias se confirma glucemia plasmática de 616 mg/dL, glucosuria intensa y cetonuria, sin acidosis metabólica en gasometría venosa. Ionograma, hemograma, coagulación y función renal normales.

Dado que el paciente mantiene glucemias capilares elevadas, se inicia perfusión continua de insulina rápida, consiguiendo reducirse la glucemia <200 mg/dL. Se realiza TAC abdominal sin alteraciones.

Se inicia pauta bolo-basal de insulina subcutánea y en el contexto de debut de diabetes mellitus con cuadro de hiperglucemia sin cetoacidosis se da de alta al paciente.

Al día siguiente, desde Atención Primaria, se amplía el estudio etiológico, objetivándose HbA1c 9,9%, anticuerpos anti-GAD positivos (>30 U/mL), péptido C disminuido (0,4 ng/mL), Lp(a) 70, función tiroidea normal y perfil lipídico sin cambios respecto a controles previos.

Ante los hallazgos se decide realizar interconsulta no presencial a Endocrinología, que continúa seguimiento e instaura monitorización continua de glucosa (MCG).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Debut diabético con hiperglucemia grave y cetosis. La ausencia de un fenotipo típico de resistencia insulínica, la instauración rápida de la clínica, la necesidad precoz de insulinoterapia y la positividad de anticuerpos anti-GAD junto con un péptido C disminuido permitieron establecer el diagnóstico de **diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA)**. Se inició tratamiento con pauta bolo-basal de insulina y educación diabetológica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una hiperglucemia grave en un adulto, el principal diagnóstico diferencial debe establecerse entre diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA), diabetes mellitus tipo 1 de inicio tardío y otras formas de diabetes secundaria. La edad del paciente podría orientar inicialmente hacia una diabetes tipo 2; sin embargo, la rápida instauración de la clínica cardinal, la ausencia de un fenotipo característico de resistencia a la insulina y la presencia de cetosis desde el debut hicieron sospechar un déficit significativo de secreción insulínica. Asimismo, se descartaron otras causas de diabetes secundaria, como enfermedad pancreática exocrina, endocrinopatías y fármacos hiperglucemiantes. La positividad de los anticuerpos anti-GAD junto con un péptido C disminuido confirmó el origen autoinmune de la enfermedad, siendo el diagnóstico final compatible con una diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA).

CONCLUSIONES

La forma más frecuente de diabetes en el adulto es la tipo 2; sin embargo, la diabetes autoinmune, también conocida como LADA (diabetes autoinmune latente del adulto), representa entre el 5 y el 10% de todos los casos de diabetes en personas adultas. Se estima que en aproximadamente un 9% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticados en la edad adulta se corresponden en realidad con una diabetes autoinmune.

Ante un debut diabético de rápida evolución, especialmente en pacientes sin un fenotipo característico de diabetes mellitus tipo 2, es fundamental incluir la diabetes mellitus autoinmune del adulto (LADA) en el diagnóstico diferencial.

La Atención Primaria desempeña un papel esencial en la sospecha diagnóstica inicial, siendo capaz de identificar precozmente signos de alarma, iniciar las primeras medidas terapéuticas y reconocer aquellos casos con riesgo de urgencia metabólica que requieren derivación hospitalaria, sin que ello suponga retrasar el inicio del tratamiento.

Asimismo, la instauración precoz de insulinoterapia cuando está indicada, la educación diabetológica y la solicitud de pruebas complementarias dirigidas, como la determinación de autoanticuerpos pancreáticos y del péptido C, permiten establecer un diagnóstico etiológico correcto y evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos, optimizando el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: a consensus statement from an international expert panel. *Diabetes*. 2020;69:2037-2047.

Mauricio D, Franch J, Hernández M. **Diabetes autoinmune latente del adulto**. *Diabetes. Tratamientos*. 2025 Abr;(92):2-4.

CÓMO CITAR

Vigal García N, Fernández González L, Huerta Menéndez R. NO TODA DIABETES DE INICIO EN EL ADULTO ES UNA DIABETES MELLITUS TIPO 2: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):47-48. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4