P-027

LA INSULINIZACIÓN NO ES UN CAMINO DE NO RETORNO. DESPRESCRIPCIÓN GUIADA POR PÉPTIDO C Y SEGURIDAD INCRETÍNICA EN BOCIO FAMILIAR

Silvia María González Carranza[1]

[1] *Eibar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 56 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de más de 15 años de evolución. En su historial destaca el descarte previo de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) debido a cuadros de infección genital de repetición. Debido a la evolución de su enfermedad, la paciente fue insulinizada en enero de 2024, encontrándose bajo una pauta de insulinización bolo-basal con insulina Toujeo (8-9 UI) e insulina rápida Fiasp (5-5-0), complementada con metformina 850 mg (1-0-1). Por comorbilidad de sobrepeso (peso de 63 kg, Talla: 150 cm e IMC de 28 kg/m^2 en mayo de 2025), se inició en abril de 2025 el coagonista GIP/GLP-1 tirzepatida (Mounjaro) 5 mg/semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración Física: Tensión arterial controlada en domicilio (120/55-80 mmHg). Peso actual de 56,5 kg (IMC: 25,1 kg/m^2 tras la pérdida ponderal sostenida). Realiza gimnasia y caminatas de forma habitual.
- Exploración Tiroidea de Imagen: Bocio micronodular controlado mediante ecografía de tiroides (última realizada en noviembre de 2025, indicándose próximo control evolutivo en 3-5 años).
- Monitoreo Continuo de Glucosa (FSL): Datos de excelente control metabólico con un sensor activo del 85%:
  - Tiempo en Rango (TIR): 87%.
  - Tiempo por Encima del Rango (TAR): 12% (11+1%).
  - Tiempo por Debajo del Rango (TBR): 1%.
  - Coeficiente de Variación (CV): 29,4% (estabilidad glucémica óptima).
  - GMI (Indicador de Gestión de Glucosa): 6,4%.
  - Perfil AGP: Evidencia pico hiperglucémico postprandial tras el desayuno y cifras de glucemia justas inmediatamente posteriores a dicha ingesta.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

- Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución (>15 años): Excelente control glucémico actual (HbA1c 6,2%, TIR 87%) bajo insulinización bolo-basal metformina, coagonista.
- Reserva pancreática preservada confirmada (péptido C 1,88 ng/mL): Base fisiopatológica que permite planificar la desprescripción glucocéntrica de insulina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución versus diabetes autoinmune latente del adulto (LADA)

2. Diabetes mellitus tipo 2 versus diabetes pancreatógena (DM tipo 3c)

3. Hiperglucemia secundaria a agotamiento funcional beta irreversible versus fracaso terapéutico relativo reversible

4. Bocio multinodular benigno versus carcinoma medular de tiroides (CMT) versus neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2)

CONCLUSIONES Y ENSEÑANZA DEL CASO

1. Superación de la inercia terapéutica en sentido inverso (desprescripción de insulina): La insulinización en DM2 no debe considerarse un camino de no retorno. Ante un paciente excelente en rango metabólico (HbA1c 6,2%, TIR 87%)

con dosis bajas de insulina y con una reserva insulínica preservada demostrada por péptido C (1,88 ng/mL), es clínica y éticamente aconsejable la desprescripción programada de insulinas (tanto rápidas como basales) para simplificar el tratamiento, evitar la ganancia ponderal y minimizar el riesgo de hipoglucemias.

2. Personalización de incretinas frente a alertas de seguridad familiar

BIBLIOGRAFÍA

Pérez de Arenaza Pozo V, Cárdenas Salas J, Vázquez Martínez C. Potential of insulin deprescription adding a GLP-1 receptor agonist as a therapeutic strategy to improve the metabolic profiles of patients with type 2 diabetes mellitus. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2024;71(9):405-407. doi:10.1016/j.endien.2024.11.007. PMID: 39608966.

CÓMO CITAR

González Carranza SM. LA INSULINIZACIÓN NO ES UN CAMINO DE NO RETORNO. DESPRESCRIPCIÓN GUIADA POR PÉPTIDO C Y SEGURIDAD INCRETÍNICA EN BOCIO FAMILIAR. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):60-61. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4