P-030

# CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Natalia Fernández Gamo[1], María Victoria La Civita[2]

[1] *CS Doctor Tamames*
[2] *CS José Marvá*

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 40 años que acude a consulta con analítica de sangre (AS) de salud laboral con glucemia basal de 334 mg/dL asociando pérdida de peso de semanas de evolución. HbA1c 11,5% y cuerpos cetónicos en orina negativos. Niega otra sintomatología en la anamnesis.

Antecedentes personales de psoriasis (2024). Sin antecedentes familiares (AF) de enfermedades autoinmunes o diabetes.

## EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 103 kg, altura 188 cm, perímetro abdominal 108 cm. IMC 29,1. Cintura/altura (C/A) 0,57. Sin datos de deshidratación.

AS de Atención Primaria: Glucemia 277 mg/dL, HbA1c 11,2%. Péptido C 2,28 ng/mL, colesterol total 277 mg/dL, triglicéridos 192 mg/dL, HDL 36 mg/dL, LDL 153 mg/dL. Filtrado glomerular CKD-EPI 79 mL/min/1,73 $m^2$, Cr 1,15 mg/dL, albúmina/creatinina <30. Anti-GAD, anti-IA2 y anti-IAA negativos.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El paciente cumple criterios diagnósticos de diabetes mellitus (DM) con clínica catabólica, por lo que, dada su edad, se decide descartar un componente autoinmune.

Al tener más de 35 años, la calculadora para DM MODY no está validada para este perfil. No obstante, la ausencia de AF de DM y el fenotipo reducen la probabilidad de este diagnóstico.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM (tipo 2 vs autoinmune (tipo 1/LADA) vs MODY)

**Tratamiento y evolución:** Inicialmente, debido a los síntomas catabólicos y ante la sospecha de componente autoinmune, se inició insulinización con glargina U100 junto con educación diabetológica.

Una vez obtenidos un péptido C conservado y anticuerpos negativos, se inició tratamiento combinado con metformina y empagliflozina. Debido a un índice C/A en rango de adiposidad central aumentada, se inició semaglutida inyectable (hasta 0,5 mg), lo que permitió retirar la insulina, perder 8 kg y alcanzar una HbA1c de 5,1% en 8 meses.

**JC final:** DM tipo 2

## CONCLUSIONES

No debemos suponer que todo paciente adulto, solo por su edad, tiene una DM tipo 2; es importante fenotipar la enfermedad de nuestros pacientes.

La edad del paciente, sobre todo en menores de 35 años, puede orientarnos hacia una mayor probabilidad de origen autoinmune o genético. En todos los <35 años con diagnóstico de DM debemos filiar un origen autoinmune con anticuerpos (GAD65, anti-IA-2, anti-ZnT8 y anti-IAA) y péptido C.

Si estos son negativos, deberemos descartar una DM tipo MODY, con ayuda de calculadoras, especialmente en pacientes con historia generacional de DM, ausencia de sobrepeso/obesidad o HbA1c <7,1% al diagnóstico.

Un péptido C <0,6 ng/mL asociado a anticuerpos positivos sugiere DM1. Si es ≥1,8 ng/mL en adultos >35 años, sugiere DM tipo 2. Valores entre 0,6-1,8 ng/mL pueden ser compatibles con DM autoinmune o MODY.

En conclusión, el fenotipado de la DM es fundamental para ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

**CÓMO CITAR**

Fernández Gamo N, La Civita MV. CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):63-64. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4