P-046

NO TODO EN PRIMARIA ES DIABETES TIPO 2, AUNQUE LO PAREZCA

Francisco Agustín Giaroli[1], Belen Benito Badorrey[1], Candela Honrubia Montoliu[1]

[1] *ABS Raval Sud*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años, origen bengalí, fumadora, obesidad grado I (IMC 30,4 kg/m^2) y antecedente familiar de diabetes tipo 2 (DM2) y personal de diabetes gestacional. En 2021 se diagnostica un carcinoma de mama derecha cT3N1M0, estadio IIIA (RE 99%, RP 50%, HER2 2+, Ki67 15%) y un carcinoma lobulillar in situ contralateral. Tras criopreservación de ovocitos (triptorelina, folitropina alfa y cetrorelix), recibe neoadyuvancia con doxorrubicina, ciclofosfamida y paclitaxel, mastectomía derecha con linfadenectomía axilar y, desde octubre de 2022, hormonoterapia adyuvante con goserelina y exemestano, que mantiene. Presenta una situación social desfavorable (matrimonio forzado, violencia de género, madre soltera, vivienda precaria, escaso soporte familiar), clínica depresiva, consumo de riesgo de alcohol (10 UBE/día), alimentación desordenada y sedentarismo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el seguimiento en Atención Primaria destaca hipertensión de difícil control, que precisa triple terapia (IECA + tiazida + calcioantagonista), y glucemias basales alteradas repetidas sin criterios de diabetes, por lo que se refuerzan las medidas higiénico-dietéticas. En abril consulta por síntomas cardinales (poliuria, polidipsia, astenia, mareo) con glucemia capilar de 440 mg/dL y se inicia insulinización. El estudio muestra HbA1c 11,6%, anticuerpos anti-GAD positivos y péptido C disminuido.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

El fenotipo inicial (obesidad, diabetes gestacional previa y fármacos hiperglucemiantes, antecedente familiar de DM) orientaba a una DM2. La positividad de anti-GAD junto a la reserva insulínica disminuida permite clasificarla como diabetes autoinmune de inicio en el adulto. Los criterios clásicos de LADA exigen edad mayor de 30 años, autoinmunidad positiva y ausencia de requerimiento insulínico en los primeros seis meses, aunque la gravedad de la descompensación obligó a insulinizar desde el inicio, lo que ilustra el continuum de la diabetes autoinmune del adulto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Incluyó DM2 con insulinopenia, diabetes secundaria a fármacos (análogos de GnRH, inhibidores de aromatasa, corticoides) y diabetes pancreatogénica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se consensúa mantener insulinoterapia y se inicia MCG para reforzar el uso correcto de la insulina, con mejoría progresiva del control glucémico. De forma simultánea se aborda el consumo de alcohol, la sintomatología depresiva y los determinantes sociales, en coordinación con trabajo social, salud mental y oncología.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD

Una tipificación correcta en el debut condiciona el tratamiento, el pronóstico y el riesgo de complicaciones y daño de órgano diana. El fenotipo no basta: ante un debut atípico —descompensación intensa, obesidad con requerimiento insulínico precoz o antecedentes de autoinmunidad— la determinación de autoanticuerpos y péptido C resulta determinante y está al alcance de la Atención Primaria. Muchos pacientes tienen diabetes, pero cada paciente tiene su propia diabetes: el tratamiento más eficaz es el que se individualiza.

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S27-S49. doi:10.2337/dc26-S002.
2. Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, Pietropaolo M, Zhou Z, Pozzilli P, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: a consensus statement from an international expert panel. Diabetes Care. 2020;43(10):2037-2047. doi:10.2337/dci20-0017.

3. Fourlanos S, Dotta F, Greenbaum CJ, Palmer JP, Rolandsson O, Colman PG, et al. Latent autoimmune diabetes in adults (LADA) should be less latent. Diabetologia. 2005;48(11):2206-2212. doi:10.1007/s00125-005-1960-7.
4. Hawa MI, Kolb H, Schloot N, Beyan H, Paschou SA, Buzzetti R, et al. Adult-onset autoimmune diabetes in Europe is prevalent with a broad clinical phenotype: Action LADA 7. Diabetes Care. 2013;36(4):908-913. doi:10.2337/dc12-0931.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S172. doi:10.2337/dc26-S007.

CÓMO CITAR

Giaroli FA, Benito Badorrey B, Honrubia Montoliu C. NO TODO EN PRIMARIA ES DIABETES TIPO 2, AUNQUE LO PAREZCA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):72-73. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4