P-087

DIABETES LADA: CUANDO EL FENOTIPO CUESTIONA EL DIAGNÓSTICO INICIAL

Ana María Solís Muñoz[1], Helena Campos Rodríguez[1], Ciara Celeste Castillo Núñez[1]

[1] *Consultorio local Las Matas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 50 años que consulta en Atención Primaria (AP) por polidipsia y poliuria de una semana de evolución, sin pérdida ponderal inicial. Como antecedentes familiares, madre y hermano diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Disponía de glucómetro familiar y había detectado cifras elevadas de glucemia capilar preprandial. Sin antecedentes personales de diabetes ni tratamiento farmacológico habitual. Se solicita estudio analítico para confirmar el diagnóstico y valorar factores de riesgo cardiovascular y posibles complicaciones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 71,5 kg, talla 171 cm, IMC 24,5 kg/m^2 y presión arterial 120/70 mmHg. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos relevantes. Extremidades inferiores sin edemas, con pulsos pedios conservados bilateralmente.

Analítica inicial: glucemia 169 mg/dL, HbA1c 10,1%, creatinina 1,02 mg/dL, FG estimado 86 mL/min/1,73 m^2, colesterol total 217 mg/dL, HDL 42 mg/dL y LDL 158 mg/dL. Glucosuria positiva, cetonuria negativa y cociente albúmina/creatinina 3,4. Fondo de ojo sin alteraciones.

Se inicia metformina 850 mg/día, aumentando posteriormente a 850 mg/12 h ante la persistencia de glucemias preprandiales >180 mg/dL. A los tres meses presenta marcada mejoría metabólica, con glucemia 96 mg/dL y HbA1c 5,9%. Sin embargo, durante el seguimiento se objetiva pérdida ponderal de aproximadamente 3 kg, alcanzando 68,5 kg.

Ante el fenotipo normopeso y la pérdida de peso se deriva a Endocrinología para estudio de diabetes autoinmune. Se detectan anticuerpos anti-GAD positivos (161 UI/mL), IA-2 <7,5 y anticuerpos antiislotes (ICA) negativos. Péptido C 1,83 ng/mL con glucemia basal simultánea de 132 mg/dL, compatible con secreción endógena de insulina conservada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Inicialmente se orienta como DM2 por la edad de presentación y los antecedentes familiares. La posterior pérdida ponderal, el normopeso y la ausencia de un fenotipo característico de insulinorresistencia plantean una posible etiología autoinmune. La positividad de anti-GAD, junto con la reserva insulínica conservada y la ausencia inicial de insulinoterapia, orienta hacia diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Se mantiene inicialmente el tratamiento dada la buena respuesta metabólica, con seguimiento evolutivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial se establece entre DM2 y LADA. Edad y antecedentes familiares favorecían inicialmente DM2; sin embargo, normopeso, pérdida ponderal y autoinmunidad positiva apoyan LADA. Otras formas específicas de diabetes se consideran menos probables ante la ausencia de datos clínicos sugestivos.

CONCLUSIONES

No toda diabetes de inicio en el adulto debe clasificarse automáticamente como DM2. Una respuesta favorable al tratamiento oral no excluye LADA. Este caso resalta el papel de AP en la reevaluación diagnóstica ante un fenotipo o evolución discordantes. La sospecha clínica y el estudio de autoinmunidad y reserva pancreática permiten una clasificación más precisa y anticipar la posible progresión hacia insulinopenia, facilitando un seguimiento y tratamiento individualizados.

CÓMO CITAR

Solís Muñoz AM, Campos Rodríguez H, Castillo Núñez CC. DIABETES LADA: CUANDO EL FENOTIPO CUESTIONA EL DIAGNÓSTICO INICIAL. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):93-94. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4