P-102

MÁS ALLÁ DEL PESO EN LA DIABETES: RETO DIAGNÓSTICO EN JOVEN NORMOPESO

Helena Campos Rodríguez[1], Ana María Solís Muñoz[1], María Asunción Catalán Montero[2]

[1] *Centro de Salud Las Matas*
[2] *Centro de Salud El Naranjo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38 años (ascendencia asiática y caucásica), bailarín e informático, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta en Atención Primaria (AP) por herpes zóster. Su última analítica es de hace 6 años (sin alteraciones), por lo que se indica realizarla. En la analítica solicitada destaca hiperglucemia y hemoglobina glicada elevada. Reinterrogado, refiere poliuria y polidipsia de años de evolución, pérdida de 5 kg en el último mes (que había atribuido a ejercicio), cefaleas frecuentes y diarrea episódica de larga data (2-3 episodios semanales).

Ante clínica cardinal y cifras glucémicas, se inicia insulinoterapia basal (glargina 10 UI/día) y pauta de corrección con insulina aspart, asociando educación diabetológica y monitorización continua de glucosa con sensor (MCG). Por presentarse en un paciente joven normopeso, se realiza a Endocrinología una e-consulta con sospecha de DM1/LADA y citan para estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 23,8 kg/m^2. TA 127/84 mmHg. FC 71 lpm.

-Analítica AP: glucosa 226 mg/dL, HbA1c 10,2%, GOT 49 U/L, GPT 141 U/L, GGT 162 U/L, índice de fibrosis hepática normal, colesterol total 285 mg/dL, triglicéridos 422 mg/dL, hemoglobina 18 g/dL, ferritina 605 ng/mL (IST normal).

-Revisión en consulta de AP: tira reactiva de orina: sin cetonuria ni proteinuria. Glucemia capilar posprandial: 376 mg/dL.

-Analítica Endocrinología: glucosa 258 mg/dL, HbA1c 9,7%, GPT 92 U/L, GGT 133 U/L, ferritina 787 ng/mL (IST normal), insulina basal 38,19 µUI/mL, péptido C 4,03 ng/mL. Autoinmunidad negativa: anti-GAD65, anti-IA2, anti-insulina y anti-ZnT8 negativos.

-MCG (2 meses): tiempo en rango objetivo (70-180 mg/dL): 89%, variabilidad de la glucosa: 29%, GMI: 6,3%, promedio de glucosa 126 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Probable diabetes mellitus tipo 2 debutando con clínica cardinal asociada a dislipemia y sospecha de esteatosis hepática metabólica (MASLD) en paciente joven con normopeso.

Podría tratarse de fenotipo TOFI (Thin Outside, Fat Inside) o susceptibilidad étnica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Diabetes autoinmune (DM1/LADA).

-Diabetes monogénica (MODY).

-Hemocromatosis hereditaria.

-Lipodistrofia parcial o diabetes secundaria a endocrinopatías.

CONCLUSIONES

Ante hiperglucemia sintomática o descompensada, la insulinoterapia precoz es la pauta de elección (al menos de inicio), pudiendo asociar antidiabéticos orales según el perfil del paciente y sospecha clínica. No debemos esperar en este tipo de casos a la etiología para iniciar tratamiento. Es importante descartar cetonuria en casos con hiperglucemias altas.

El normopeso y la actividad física no descartan resistencia insulínica debida a adiposidad visceral o susceptibilidad genética/étnica.

La determinación de péptido C e inmunidad pancreática resulta imprescindible para evitar diagnósticos etiológicos erróneos en presentaciones atípicas.

Se deben valorar otras causas menos frecuentes en casos atípicos como la hemocromatosis o síndromes endocrinológicos.

La monitorización continua de glucosa aporta un gran valor en el ajuste ambulatorio y control del riesgo de hipoglucemia.

CÓMO CITAR

Campos Rodríguez H, Solís Muñoz AM, Catalán Montero MA. MÁS ALLÁ DEL PESO EN LA DIABETES: RETO DIAGNÓSTICO EN JOVEN NORMOPESO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):105-106. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4