P-104

NO SIEMPRE FALTA INSULINA: LIPOHIPERTROFIA COMO CAUSA DE DESCONTROL GLUCÉMICO

Cristina Roca Cornejo[1], Laura De Ana Lobato[1], Pablo Amador Soto[2]

[1] *CS Chiclana Costa Los Gallos*
[2] *CS El Lugar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 de 16 años de evolución. Presentaba hipertensión, obesidad grado I y retinopatía diabética leve. Tratamiento con metformina, semaglutida e insulina glargina 42 UI nocturnas.

Durante los últimos meses había presentado un empeoramiento progresivo del control glucémico. La HbA1c había aumentado de 7,4% a 9,1%. Se habían realizado varios ajustes de insulina basal sin conseguir mejoría.

La paciente refería glucemias muy variables. Algunos días presentaba valores en ayunas superiores a 250 mg/dL y, de forma ocasional, hipoglucemias nocturnas sin una causa clara.

Durante una revisión programada en Atención Primaria se decidió comprobar directamente cómo administraba la insulina. Reconoció utilizar casi siempre la misma zona abdominal porque "ahí no le dolía".

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMC 31,2 kg/m^2. En la exploración abdominal se apreciaron dos áreas de engrosamiento subcutáneo, blandas y poco dolorosas, compatibles con lipohipertrofia.

La paciente reutilizaba las agujas durante varios días y no seguía una pauta sistemática de rotación de los puntos de inyección.

HbA1c: 9,1%. FG: 72 mL/min/1,73 m^2. Cociente albúmina/creatinina normal.

Se colocó un sensor de monitorización continua durante 14 días. Mostró marcada variabilidad glucémica, con hiperglucemia mantenida y episodios nocturnos de hipoglucemia.

Se indicó evitar las zonas de lipohipertrofia, rotar sistemáticamente los puntos de inyección y utilizar agujas de 4 mm sin reutilizarlas. Al cambiar a tejido sano se redujo inicialmente la dosis de insulina para disminuir el riesgo de hipoglucemia.

Tres meses después, la HbA1c había descendido a 7,7%, con menor variabilidad glucémica y reducción de la insulina basal a 32 UI/día.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Descontrol glucémico y variabilidad secundaria a lipohipertrofia inducida por inyecciones repetidas de insulina.

La absorción de insulina en estas zonas es impredecible. Esto puede explicar la coexistencia de hiperglucemias e hipoglucemias aparentemente inexplicables.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mala adherencia terapéutica, errores dietéticos, dosis insuficiente de insulina, infección intercurrente, corticoterapia y deterioro progresivo de la función beta-pancreática.

CONCLUSIONES

Antes de intensificar un tratamiento con insulina conviene comprobar cómo y dónde se administra.

La exploración de los lugares de inyección es sencilla y puede realizarse en cualquier consulta de Atención Primaria. La ADA recomienda revisar periódicamente la técnica y buscar zonas de lipohipertrofia en las personas tratadas con insulina.

En este caso, una intervención educativa evitó seguir aumentando la dosis de insulina y consiguió mejorar el control glucémico. La tecnología ayudó a demostrar el problema, pero la clave diagnóstica estuvo en una exploración física básica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S165.

CÓMO CITAR

Roca Cornejo C, De Ana Lobato L, Amador Soto P. NO SIEMPRE FALTA INSULINA: LIPOHIPERTROFIA COMO CAUSA DE DESCONTROL GLUCÉMICO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):106-107. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4