P-131

DIABETES EN PACIENTE FALCÉMICO

Martha Magdalena Zabala Mariñez[1], Lucía Narvaez Gómez[2], Victor Alfonso Mairena Fernández[3]

[1] *Algeciras Sur*
[2] *Algeciras Centro*
[3] *Hospital de la Línea de la Concepción*

INTRODUCCIÓN

La anemia falciforme se debe a la hemoglobina S (HbS). La diabetes es cada vez más frecuente en estos pacientes: en una cohorte de 439 adultos con drepanocitosis afectaba al 9,3% (1). En la forma homocigota (HbSS) no existe hemoglobina A y la hemólisis acorta la vida del hematíe, por lo que la hemoglobina glucosilada (HbA1c) no es válida para el diagnóstico ni el control (2,3). La diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) podría explicar entre el 4% y el 14% de las diabetes diagnosticadas como tipo 2, y los anticuerpos anti-GAD aparecen en torno al 90% de los casos (4).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes y anamnesis: varón de 49 años procedente de Costa de Marfil, falcemia HbSS seguida por Hematología, crisis vasooclusivas recurrentes, alergia a la quinina e intolerancia a la hidroxicarbamida. Consulta por astenia de dos meses, sin otra sintomatología.

Exploración física: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: glucemias plasmáticas en ayunas de 354 y 314 mg/dL. El laboratorio no emitió resultado de HbA1c. Anticuerpos anti-GAD positivos y péptido C indetectable. Resto sin hallazgos.

Juicio clínico: LADA.

Diagnóstico diferencial: DM1, DM2, LADA

Tratamiento y evolución: pauta basal-bolo con insulina glargina e insulina rápida a dosis bajas y titulación progresiva, educación terapéutica, alimentación, ejercicio y seguimiento con Enfermería, hasta alcanzar glucemias basales inferiores a 130 mg/dL. Se derivó a Endocrinología para seguimiento y monitorización flash de glucosa.

DISCUSIÓN

El diagnóstico se estableció solo con glucemia plasmática, como recomiendan la American Diabetes Association y Carrithers et al., que desaconsejan con este fin la HbA1c y la fructosamina (2,3). El péptido C indetectable se aleja de la LADA típica, en la que suele estar conservado al diagnóstico; por debajo de 0,3 nmol/l está indicada la insulina (4), lo que justificó la pauta basal-bolo desde el inicio.

El seguimiento es el punto crítico. Una revisión sistemática de 2025 propone la fructosamina como alternativa (5), pero en la cohorte de Sun et al. no se correlacionó con la glucemia media (rs = 0,02), mientras que la HbA1c lo hizo de forma modesta (rs = 0,36) y disminuía al aumentar la hemólisis (1). La glucemia basal aislada no detecta hiperglucemias posprandiales ni hipoglucemias. La monitorización continua no depende de la hemoglobina y aporta glucemia media, tiempo en rango y variabilidad (6).

CONCLUSIÓN

En pacientes con hemoglobinopatía, la diabetes se diagnostica con glucemia plasmática y se controla con monitorización continua de glucosa. Ante un adulto con hiperglucemia marcada y presentación atípica conviene solicitar anti-GAD y péptido C. El médico de familia es clave en la sospecha diagnóstica y la insulinización inicial.

Palabras clave: Anemia Falciforme, Diabetes Mellitus Tipo 1, LADA

CÓMO CITAR

Zabala Mariñez MM, Narvaez Gómez L, Mairena Fernández VA. DIABETES EN PACIENTE FALCÉMICO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):129-130. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4