P-153

INSULINIZACIÓN TRANSITORIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INTENSIFICACIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Marta Schneider Lechón[1], Sofía Esbert Aznar[1]

[1] *Centro de Salud San José Centro*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 55 años sin diagnóstico previo de diabetes mellitus que, durante un reconocimiento médico laboral, presenta glucemia de 306 mg/dL, glucosuria de 1.699 mg/dL y marcada dislipidemia. Ante la preocupación generada por los resultados, acude al día siguiente, sin cita, a su consulta de Atención Primaria. Como antecedente familiar relevante, refiere padre con retinopatía diabética.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En consulta presenta glucemia de 226 mg/dL. La analítica muestra HbA1c 13,9%, colesterol total 391 mg/dL, triglicéridos 1.176 mg/dL y HDL-colesterol 33 mg/dL. Se realiza fondo de ojo, sin evidencia de retinopatía diabética. Los electrocardiogramas realizados durante el seguimiento no muestran alteraciones relevantes.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se establece el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de debut con marcada descompensación glucémica e hipertrigliceridemia grave. Se inicia desde Atención Primaria insulina glargina 10 UI/24 h junto con empagliflozina 5 mg/metformina 1.000 mg cada 12 h, además de rosuvastatina 10 mg/día e intervención sobre alimentación, actividad física y educación diabetológica.

La evolución metabólica fue favorable y permitió una estrategia progresiva de desintensificación. En septiembre de 2023, la HbA1c había descendido a 7,4%, con glucemia de 66 mg/dL, iniciándose la reducción de insulina. En diciembre de 2023, HbA1c 6,3% y triglicéridos 238 mg/dL. La dosis de glargina se redujo progresivamente hasta su retirada completa en septiembre de 2024. En octubre de 2024 se objetivó normalización del perfil lipídico. Posteriormente, sin insulinoterapia, mantuvo HbA1c entre 6,3-6,7% hasta julio de 2026.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por la marcada hiperglucemia inicial se consideraron diabetes autoinmune del adulto y diabetes secundaria. La evolución clínica y la respuesta terapéutica apoyan el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sin excluir por sí solas otras etiologías.

CONCLUSIONES

La insulinización en el debut de una diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia marcada puede constituir una estrategia terapéutica transitoria. La reevaluación clínica y analítica periódica permitió una reducción progresiva y posterior retirada de la insulina, manteniendo el control glucémico con tratamiento no insulínico. Este caso pone de manifiesto el valor de Atención Primaria en la detección precoz, la intensificación inicial, el seguimiento longitudinal y la desintensificación terapéutica individualizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 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 for Diabetes. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).

CÓMO CITAR

Schneider Lechón M, Esbert Aznar S. INSULINIZACIÓN TRANSITORIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INTENSIFICACIÓN Y DESINTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA.

Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):144. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4