P-158

CUANDO LA ÚLTIMA OPCIÓN ES LA QUE SOLUCIONA TODO. PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) MAL CONTROLADA Y FENOTIPO CUSHING

Julia Rubio Del Río[1], Diana Modrego Iranzo[2], Pilar Ainara Cea Vaquero[1]

[1] *CS Picarral*
[2] *CS Alfajarín*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años en seguimiento desde Atención Primaria por DM2 de larga evolución con mal control (HbA1c 11,5%), HTA y obesidad (IMC 45). Acude a consulta por malestar general, somnolencia y desorientación. No clínica cardinal, ni clínica de otro proceso intercurrente. Se deriva a Urgencias e ingresa en Endocrinología por descompensación hiperglucémica y acidosis metabólica. Durante el ingreso, hacen estudio por fenotipo Cushing (DM2, HTA, obesidad central, facies luna llena y estrías nacaradas) y se descarta síndrome de Cushing tras realizar varios test de Nugent, medir el cortisol libre urinario de 24 h y una RM hipofisaria, siendo todos los resultados normales. Tras muchos años de DM2 descompensada habiendo probado tratamiento con metformina, insulinas lenta y rápida, sitagliptina, iSGLT2, arGLP-1 y pioglitazona, con mala adherencia terapéutica e intolerancia con sintomatología atípica a la mayoría de tratamientos, se decide derivar a la paciente para valoración de cirugía bariátrica. Tras someterse a un bypass gástrico y estar en tratamiento solamente con iSGLT2, la paciente consigue una reducción de IMC a 32 y una HbA1c de 6,9%.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se llevan a cabo varias entrevistas clínicas, tanto desde Atención Primaria como en Urgencias y Endocrinología. Varias analíticas sanguíneas en las que vemos una mejoría en los valores de la glucemia en ayunas de 200-320 a 160 mg/dL y en la HbA1c de 11,5% a 6,9%. También se realizaron varios test de Nugent y determinaciones de cortisol libre urinario de 24 h que fueron normales, una RM hipofisaria sin alteraciones en glándula hipofisaria y TC abdominal normal.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Se plantean las dificultades clínicas de un buen seguimiento y control de una paciente con DM2 descompensada y la dificultad de diagnóstico y fenotipado al presentar también fenotipo Cushing.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideran: diabetes mellitus 2 mal controlada, síndrome de Cushing subyacente, obesidad con resistencia a la insulina y mal cumplimiento terapéutico.

CONCLUSIONES

A pesar de la amplia evidencia disponible y de las recomendaciones recogidas en las guías, el abordaje de la diabetes supone un reto y requiere una valoración individualizada. En este caso, la dificultad diagnóstica y de caracterización fenotípica desde el inicio condicionó una evolución compleja, con varios ingresos hospitalarios, múltiples pruebas complementarias y sucesivos cambios terapéuticos hasta alcanzar un manejo adecuado. En este caso, destaca la importancia de considerar distintas estrategias terapéuticas en pacientes diabéticos con obesidad y control metabólico complejo, entre ellas la cirugía bariátrica, que en nuestra paciente favoreció una pérdida ponderal significativa y mejoró el control glucémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Soidán FJ, Riveiro Villanueva J. Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria. 2025;57:103143
2. Santos S, Santos E, Gaztambide S, Salvador J. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing. Endocrinol Nutr. 2009;56:71-84

CÓMO CITAR

Rubio Del Río J, Modrego Iranzo D, Cea Vaquero PA. CUANDO LA ÚLTIMA OPCIÓN ES LA QUE SOLUCIONA TODO.

PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) MAL CONTROLADA Y FENOTIPO CUSHING. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):151-152. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4