P-162

HIPERGLICEMIA MANTENIDA EN UN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Virginia Vesga Villaverde[1], Jackelin Figueroa Peralta[1], Maria Luz Vicente Manchado[1]

[1] *Centro de Salud de Tordesillas*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años sin sobrepeso, no antecedentes de diabetes tipo 1 en la familia, padre con DM en edad avanzada sin tratamiento farmacológico. Sin tratamiento farmacológico. No fumador. Bebedor de cervezas el fin de semana. Como antecedentes destacan: miopía magna con fondo de ojo normal pendiente de intervención quirúrgica en 15 días y episodio en 2021 de uveítis anterior.

Hallazgo casual de hiperglucemia en analítica de empresa; 265 mg/dL con cetonuria negativa. Hasta entonces asintomático, no clínica cardinal; polidipsia desde la infancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente presenta un buen estado general. Índice de masa corporal de 25 kg/m^2, pérdida intencional de unos 10 kg en el último año.

Se repite analítica en el Centro de Salud con cifras de glucosa 150 mg/dL, Hb glicada 11,7%, insulina 6, HOMA 2,2, somatomedina C 175,7 ng/mL, péptido C 1,96.

Se cita al paciente para resultados, inicio de tratamiento y educación general en diabetes con médico y enfermera. Se implanta un sistema flash para poder facilitar las mediciones de glucemia y se realiza una interconsulta preferente con Endocrinología.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Diabetes pendiente de filiar con hiperglucemia de más de año y medio de duración sin cetosis y con buena reserva pancreática.

Diagnóstico diferencial: Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, LADA, MODY/diabetes monogénica, diabetes pancreática (tipo 3c), diabetes secundaria a fármacos/endocrinopatías.

CONCLUSIONES

La diabetes tipo 1 es importante descartarla; aunque no tenga antecedentes familiares de DM1, la edad y el fenotipo hacen que haya que considerarla. La ausencia de cetonuria y de síntomas hace menos probable una presentación aguda de DM1, pero no la excluye. En adultos puede aparecer de forma mucho más lenta y oligosintomática. Tras la derivación solicitar anti-GAD, el anticuerpo inicial más útil en este contexto. Con alta probabilidad pensaríamos en diabetes tipo MODY ya que el péptido C inicialmente es normal a diferencia de en la diabetes tipo 1 que presenta una baja concentración, tiene un inicio lento y los anticuerpos que nos sirven para diferenciarlo de la tipo 1 son negativos. Además el paciente presenta normopeso y ausencia de características metabólicas típicas de resistencia a insulina.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026; 49(Suppl 1):S27-S49. Diabetes Journals

2. National Institute for Health and Care Excellence. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. London: NICE; 2015 [updated 2022 Aug 17; cited 2026 Sep 29]. Available from: NICE NG17

CÓMO CITAR

Vesga Villaverde V, Figueroa Peralta J, Vicente Manchado ML. HIPERGLICEMIA MANTENIDA EN UN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):153-154. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4