P-178

CUANDO EL HORMIGUEO NO ES NEUROPATÍA DIABÉTICA

Laura Maria Verdejo Martos[1], Anna Tikhonova Danilova[2]

[1] *CS Muñoz y Fernandez*
[2] *CS Torrero-La Paz*

INTRODUCCIÓN

La metformina es un fármaco de primera línea en la diabetes mellitus tipo 2. Su uso prolongado puede asociarse a una disminución de vitamina B12, pudiendo producir manifestaciones hematológicas y neurológicas. Estas últimas pueden confundirse con neuropatía diabética, dificultando un diagnóstico precoz. Presentamos el caso de una paciente diabética con parestesias en miembros inferiores en la que se identificó un déficit de vitamina B12 potencialmente reversible.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años con diabetes mellitus tipo 2 de 11 años de evolución, hipertensión y dislipemia. Recibía metformina 850 mg/12 h desde el diagnóstico, además de empagliflozina, enalapril y atorvastatina. Presentaba buen control glucémico (HbA1c 6,8%) y sin complicaciones microvasculares conocidas. Consultó por 8 meses de parestesias y adormecimiento progresivo de ambos pies, asociados a inestabilidad de la marcha, especialmente con poca iluminación.

Exploración y pruebas complementarias. La exploración neurológica mostró disminución de la sensibilidad vibratoria y de la propiocepción. La analítica evidenció hemoglobina 11,8 g/dL, VCM 101 fL y vitamina B12 156 pg/mL, con folato, función renal y tiroidea normales. No existían antecedentes de cirugía gastrointestinal, dieta vegetariana estricta ni consumo habitual de inhibidores de la bomba de protones.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Aunque inicialmente se consideró neuropatía diabética, la presencia de macrocitosis, anemia leve y alteraciones sensitivas orientó hacia déficit de vitamina B12 asociado al tratamiento prolongado con metformina. Se inició suplementación con vitamina B12, con normalización analítica y mejoría progresiva de la sintomatología a los tres meses.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron neuropatía diabética, déficit de folato, hipotiroidismo, insuficiencia renal, alteraciones nutricionales y otras causas de neuropatía periférica. Los estudios realizados permitieron descartarlas o considerarlas menos probables.

CONCLUSIONES

Los síntomas neurológicos en pacientes con diabetes no deben atribuirse automáticamente a neuropatía diabética. La presencia de macrocitosis, anemia o alteraciones sensitivas en pacientes tratados durante años con metformina debe motivar la determinación de vitamina B12. La detección precoz permite instaurar tratamiento y puede prevenir la progresión de lesiones neurológicas potencialmente irreversibles. Atención Primaria desempeña un papel fundamental en su identificación mediante el seguimiento longitudinal de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1). 2. National Institute for Health and Care Excellence. Vitamin B12 deficiency in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline NG239. London: NICE; 2024. 3. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Metformin and reduced vitamin B12 levels: new advice for monitoring patients at risk. Drug Saf Update. 2022.

CÓMO CITAR

Verdejo Martos LM, Tikhonova Danilova A. CUANDO EL HORMIGUEO NO ES NEUROPATÍA DIABÉTICA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):162. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4