P-187

MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA ONCOLÓGICA

Miguel Andrés Córdoba Serrato[1], Daniela Escobedo Hoyos[1], Maria Belén Vilanova Fillat[1]

[1] *CAP Igualada Nord*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años con antecedentes de dislipemia e hipertensión arterial, en tratamiento con simvastatina 20 mg c/24 h y enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg c/24 h. Antecedentes de prediabetes que, tras tres años de seguimiento, evolucionó a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde hace 8 años, manteniendo un buen control metabólico con medidas higiénico-dietéticas, sin necesidad de tratamiento farmacológico [último valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) 6,8%]. Consulta por pérdida ponderal no intencionada de aproximadamente 10 kg en los últimos dos meses, asociada a anorexia, náuseas, molestias gástricas, cansancio y debilidad generalizada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 126/69 mmHg, FC 73x', auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando sin dolor ni masas aparentes, resto de examen físico sin hallazgos patológicos relevantes.

Analítica: hemograma normal, glucosa 488,3 mg/dL y HbA1c 18,9%, cetonemia 0,1 mmol/L. Función renal, hepática e ionograma conservados. Triglicéridos 267,8 mg/dL, colesterol total 159,6 mg/dL y colesterol HDL de 50,26 mg/dL. Sangre oculta en heces positiva, serología para *Helicobacter pylori* positiva (4,48) y PSA 1,52 ng/mL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Dada la pérdida de 10 kg en dos meses asociada a HbA1c de 18,9% y la glucemia de 488 mg/dL, se orienta como una descompensación metabólica de DM2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM2 descompensada

Neoplasia digestiva

Acalasia

Desnutrición

Hipertiroidismo

Patología infecciosa oculta (VIH – tuberculosis)

CONCLUSIONES

La pérdida ponderal importante en un paciente de 77 años se orientó inicialmente hacia una posible neoplasia. Sin embargo, una HbA1c del 18,9% evidenció una descompensación grave de su DM2, capaz de explicar el adelgazamiento, la astenia y la debilidad mediante mecanismos de catabolismo y pérdida calórica por glucosuria.

Lo llamativo del caso es la magnitud del deterioro respecto al buen control previo. Por ello, la estabilidad mantenida no excluye una descompensación posterior y obliga a investigar sus causas: progresión de la insuficiencia de las células beta, infecciones, dificultades de adherencia al tratamiento, fármacos hiperglucemiantes y enfermedades intercurrentes, incluida la patología neoplásica. Ante esta hiperglucemia debe descartarse la presencia de deshidratación, estado hiperosmolar y cetoacidosis, valorando la necesidad de derivación hospitalaria.

En este caso, con cetonemia negativa, se inició insulina basal nocturna (12 UI/día), asociada a metformina con titulación progresiva hasta una toma cada 12 horas, con buena respuesta clínica y mejoría glucémica. Además, el paciente recibió atención por parte del equipo de enfermería para reforzar la educación diabetológica y la adherencia a la dieta y al ejercicio físico. La sangre oculta en heces positiva exige completar el estudio etiológico, aunque mejore la sintomatología.

Este caso resalta el valor de la continuidad asistencial en atención primaria para reconocer descompensaciones, abordar

causas reversibles y coordinar el estudio diagnóstico. La mejoría metabólica apoya la contribución de la hiperglucemia al cuadro, pero no excluye una enfermedad concomitante.

CÓMO CITAR

Córdoba Serrato MA, Escobedo Hoyos D, Vilanova Fillat MB. MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA ONCOLÓGICA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):166-167. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4