



## O-046 - DIABETES TIPO 2 DE APARICIÓN TEMPRANA

M. Cordero Cervantes<sup>a</sup>, E.M. Prieto Piquero<sup>b</sup>, R. Cenjor Martín<sup>b</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>c</sup>, M. Maceira Failache<sup>c</sup> y G. García Estrada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS de Colloto. <sup>b</sup>CS de Teatinos. <sup>c</sup>CS de Pola de Siero.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 21 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que es derivado a Urgencias por su Médico de Atención Primaria por hiperglucemia sin cetosis. En la analítica que se adjuntaba destacaba Hb A1C de 11% así como alteración de las pruebas de función hepáticas y alteración del perfil lipídico. El paciente refería un cuadro de poliuria y polidipsia de 2 meses de evolución, acompañado de la pérdida de 10 kg en los últimos seis meses sin otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente afebril. Tensión arterial: 126/69. Peso: 100 Kg. Consciente orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación. En el servicio de Urgencias destacaba una glucemia de 304 mg/dl, sin cuerpos cetónicos en orina y pH 7,39. Se ingresa en planta de Endocrinología, completando analítica con perfil lipídico y pruebas de función hepática, destacando colesterol total 345, triglicéridos 657, colesterol LDL 211. En orina microalbuminuria 5,7. Se realiza además determinación de anticuerpos anti-IA2 y anti-GAD (descarboxilasa del ácido glutámico) siendo negativos, presentando un péptido C basal de 3,35. Por lo que se desestimó la posibilidad de una DM tipo 1A. Las hormonas tiroideas fueron normales y se realizó una ecografía abdominal para descartar causas secundarias. En la ecografía se objetivó esteatosis hepática. Durante el ingreso se pautó insulino terapia en régimen basal-bolus y educación diabetológica, consiguiendo un buen control glucémico. Al alta presentaba necesidades de insulina en torno a 0,18 UI/Kg de peso.

**Juicio clínico:** Diabetes mellitus tipo 2, pendiente de estudios genéticos de MODY.

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

**Comentario final:** A los cuatro meses el paciente estaba a tratamiento con metformina 8.502 mg (1-0-1). Peso 89 kg. Presentando en la analítica HbA1C 5,3%. En un primer momento dada la aparición brusca y la edad del paciente se pensó que podría tratarse de una DM tipo 1, pero teniendo en cuenta la autoinmunidad pancreática y los factores de riesgo cardiovascular no se debe descartar una DM tipo 2 de aparición muy temprana, en un paciente sin antecedentes de afectación de generaciones anteriores.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*. 2013;36(Suppl 1):S11-66.
2. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010;362:1575-85.
3. Blanco Carrasco AJ. ¿Por qué debemos preocuparnos de diagnosticar una diabetes monogénica? *Avances en Diabetología*, 2013;29:126-32.