

CASO CLÍNICO: Diabetes

Niña de 12 años que acude a la consulta por amenorrea secundaria y obesidad (IMC = 27). En la analítica se obtiene un valor de glucosa en ayunas de 215 mg/dL (11,9 mmol/L).

La paciente ingresa para estudio. Al realizar la anamnesis refiere amenorrea desde hace un año y se evidencia hiperandrogenismo clínico marcado, con hirsutismo evidente, que ha aumentado durante el último año. No informa de poliuria, polidipsia o polifagia.

Analítica de la primera mañana post-ingreso:

Magnitud	Resultado	V. Referencia
HbA1c	9,1 %	
Glucosa en ayunas	145 mg/dL	
Insulina	40 m.U.I./L	2,6 - 24,9 m.U.I./L.
Péptido C	5,0 ng/mL	1,1 - 4,4 ng/mL
Testosterona	65,2 ng/dL	
LH	7,3 U.I./L	
FSH	3,2 UI/L	
SHBG	10,3 nmol/L	26 - 110 nmol/L
Índice de Andrógeno Libre	21,9	0,23 - 5,62 %
Anticuerpo anti-GAD	Negativo	
Anticuerpo anti-IA2	Negativo	
Anticuerpo anti insulina	Negativo	

Diagnóstico: Tanto el nivel elevado de insulina y de péptido C, así como la negatividad de autoanticuerpos descartan la posibilidad de una diabetes mellitus tipo 1. Los niveles elevados de insulina y péptido C en cambio sugieren insulinresistencia, que explicaría una diabetes tipo 2, acentuando el cuadro de hiperandrogenismo. De hecho el hiperinsulinismo da lugar a una disminución de la proteína de transporte de hormonas sexuales (SHBG), lo que resulta en un índice de andrógenos libres elevado. Otros tipos de diabetes, como las MODY 2 y 3 quedan descartados dados los valores muy elevados de glucosa, tanto de la analítica de ingreso como de otras posteriores.

El hiperandrogenismo fue explicado como un Síndrome de Ovario Poliquístico. Actualmente la paciente esta diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, que está siendo tratada mediante regulación de la dieta y metformina. La paciente ha reestablecido la menstruación con ritmo normal y en su última analítica presenta una HbA1c de 6,2 %.