



Diabetes Mellitus tipo 1 versus tipo 2: un desafío diagnóstico en el adulto.

Autora: Dra. Camila González Bravo. Residente Medicina Familiar mención Adultos UCM.
Revisor: Dr. Pablo Guerrero González. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM.

Resumen:

Más de la mitad de los casos de diabetes mellitus tipo 1 debutan en la adultez, sin embargo, es frecuentemente subdiagnosticada por el solapamiento clínico con diabetes mellitus tipo 2. Las características clínicas típicas tienen bajo valor predictivo en adultos. El diagnóstico requiere integrar clínica, autoanticuerpos contra células beta pancreáticas y péptido C, este último útil ante duda diagnóstica con progresión rápida a insulina. Una correcta identificación permite indicar tratamiento oportuno y evitar complicaciones metabólicas y errores terapéuticos.

Introducción:

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tradicionalmente se conoce como una enfermedad de la infancia; sin embargo, se reporta en la literatura que más de la mitad de los casos de DM1 debutan en la adultez (1) (2), con una presentación clínica distinta a lo clásicamente descrito en niños, que agrega dificultad diagnóstica junto con el solapamiento de síntomas y mayor prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que representa hasta un 95% de las diabetes del adulto (1). Esto se traduce en mayor clasificación errónea de DM1 del adulto, alcanzando hasta un 40% de adultos con DM1 de reciente diagnóstico, que usualmente se mal clasifican como DM2 (1).

Pese a corresponder a un porcentaje menor de todas las diabetes, la importancia de un diagnóstico adecuado radica en las diferencias de cada diabetes en su tratamiento, además de acceso a distintas canastas GES en Chile. Distintas guías internacionales entregan herramientas para agudizar la precisión diagnóstica.

Desarrollo:

Existen características que clásicamente permiten sospechar DM1 (Tabla 1) (2), sobre todo en población pediátrica en donde DM2 no es tan prevalente como en población adulta; sin embargo, en el adulto estas características poseen bajo valor predictivo positivo, considerando que es más probable un DM2 con síntomas atípicos que un DM1 con síntomas típicos (2). La guía ADA 2026 agrupa ciertos aspectos clínicos en un abordaje AABCC (*Age, Autoimmunity, Body habitus, Background, Control, Comorbidities*), facilitando así un correcto enfrentamiento que ayude a diferenciar DM1 de DM2: edad <35 años, historia familiar o personal de autoinmunidad, IMC <25, historia familiar de DM1, incapacidad de lograr metas glicémicas con tratamiento no insulínico y comorbilidades (1).

Tabla N° 1: Precisión diagnóstica de características típicas de DM1 en adultos. (2)

Elemento clínico	Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
IMC <25	55%	90%	5.5	0.5
Baja de peso	81%	72%	2.89	0.26
HbA1c 12.7%	33%	87%	2.54	0.77
Glicemia >360 mg/dl	38%	85%	1.83	0.53
Sin historia familiar de diabetes	66%	64%	1.83	0.53
Síntomas osmóticos	94%	32%	1.38	0.19
Otras enfermedades autoinmunes	15%	93%	2.14	0.91



La inmunidad es otro aspecto propio de la etiología de la DM1: distintos autoanticuerpos contra células beta pancreáticas pueden diagnosticar DM1 y estos suelen estar agrupados en paneles autoinmunes, como los son los autoanticuerpos GAD, IA-2, ZnT8 o IAA. El diagnóstico del adulto frente a sospecha de DM1 también posee particularidades, ya que el porcentaje de positividad de 1 o más autoanticuerpos disminuye con el paso de los años, debido al curso etiológico de la enfermedad, por lo que en el adulto con duda diagnóstica un panel de autoanticuerpos negativo no descarta DM1. No se recomienda solicitar panel de autoanticuerpo si no se tiene sospecha diagnóstica. (2)

En casos de diabéticos donde exista sospecha de DM1 por una progresión rápida (menos de 3 años) a insulina, una alternativa es la evaluación por medio del péptido C (medición la secreción de insulina endógena), de esta manera, valores menores a 200 pmol/L de péptido C es un indicio de DM1 debido a la deficiencia grave de insulina (2) (3); por el contrario, valores mayores sugieren secreción de insulina sustancial retenida, consistente con DM2 (2). La guía ADA 2026 define valores menores a 200 pmol/L diagnósticos de DM1, mayores a 600 pmol/L diagnósticos de DM2 y valores intermedios como indeterminados, en los que sugiere reevaluar en el transcurso de los años.

Conclusión:

Pese a presentar etiologías distintas, es un desafío realizar el diagnóstico de DM1 en el adulto en donde su presentación clínica es más heterogénea, hay mayor prevalencia de DM2 y ha aumentado su superposición con clínica de DM2. Para lograr precisión diagnóstica se requiere de la integración de elementos clínicos, junto con inmunidad y/o péptido C en contextos de sospecha diagnóstica. Reconocer la DM1 en el adulto permite un tratamiento oportuno y así evitar descompensaciones y complicaciones.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026 Jan 1;49(Supplement_1):S27-S49. doi: 10.2337/dc26-S002. PMID: 41358893; PMCID: PMC12690183.
2. Thomas NJ, Jones AG. The challenges of identifying and studying type 1 diabetes in adults. Diabetologia. 2023 Dec;66(12):2200-2212. doi: 10.1007/s00125-023-06004-4. Epub 2023 Sep 20. PMID: 37728732; PMCID: PMC10628058.
3. Williams CL, Fareed R, Mortimer GLM, Aitken RJ, Wilson IV, George G, Gillespie KM, Williams AJK; BOX Study Group; Long AE. The longitudinal loss of islet autoantibody responses from diagnosis of type 1 diabetes occurs progressively over follow-up and is determined by low autoantibody titres, early-onset, and genetic variants. Clin Exp Immunol. 2022 Dec 15;210(2):151-162. doi: 10.1093/cei/uxac087. PMID: 36181724; PMCID: PMC9750828.