



Editorial

Diabetes autoinmune en el adulto, ¿qué tan frecuente es?

Ma. Gabriela Rangel-Sánchez*

El diagnóstico de diabetes tipo 1 y tipo 2 se hace habitualmente al considerar características fenotípicas tales como la edad de inicio, lo abrupto de la presentación de la hiperglucemia, la presencia de obesidad, la tendencia a la cetosis, la presencia de otros trastornos autoinmunes y el tiempo necesario para que se requiera la insulina. En la práctica clínica diaria, no siempre es fácil la diferenciación entre ambas ya que es claro que no todos los pacientes con diabetes autoinmune son jóvenes o presentan una deficiencia absoluta de insulina.

Actualmente se reconoce que existe un incremento en la sobreposición clínica entre los dos tipos más prevalentes de diabetes, particularmente en la población de adultos jóvenes.¹

No se sabe si la diabetes autoinmune en adultos es debida al mismo proceso fisiopatológico que la diabetes tipo 1 de la infancia. Fenotípicamente se describen 3 poblaciones distintas de diabetes autoinmune en el adulto: la LADA (Diabetes autoinmune latente del adulto), la diabetes tipo 1 de inicio en la vida adulta y los sujetos obesos con diabetes tipo 2 pero positivos para anticuerpos antiinsulares. Las características que definen a la diabetes tipo LADA de acuerdo a la Sociedad Inmunológica de Diabetes son: pacientes de 30 años de edad o más, positivos para uno o más de los cuatro anticuerpos comúnmente encontrados en diabetes tipo 1 (anticuerpos anti-islole, autoanticuerpos contra la descarboxilasa del ácido glutámico [GAD65], acs. antiproteína tirosinafosfatasa [IA-2] e insulina), no tratados con insulina dentro de los primeros seis meses después del diagnóstico.¹ El criterio que define la edad de presentación a los 30 años resulta un tanto inadecuado ya que existe un grupo de niños obesos sin tendencia a la cetosis pero con autoanticuerpos característicos de DM

tipo 1 positivos; por eso, se ha propuesto el término «diabetes doble» (un paciente con los dos tipos de diabetes). Más aún, algunos estudios muestran que la LADA no es un subgrupo particular de diabetes tipo 1, sino una mezcla genética de diabetes mellitus tipo 1 y 2 (diabetes doble).²

Dado el importante número de sujetos con diabetes tipo 2 de inicio temprano que se diagnostican en nuestro país, es importante conocer cuál es el impacto de la autoinmunidad en estos pacientes. El Dr. Lerman buscó la prevalencia de anticuerpos anti-GAD en 83 pacientes con diabetes mellitus de inicio antes de los 40 años que acudían a la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, de los cuales 76.2% tenían historia familiar de diabetes, 68.8% cumplían criterios para obesidad y 80% usaba insulina; además de frecuencia elevada de complicaciones micro y macrovasculares.³ Sólo tres pacientes (3.6%) presentaron anticuerpos anti-GAD y fueron tratados con insulina después de cinco años del diagnóstico; en todos ellos se encontró como antecedente diabetes mellitus tipo 2 en ambos padres.³ Dos de esos tres pacientes presentaron haplotipos HLA-DR asociados a autoinmunidad, sin datos que permitieran clasificarlos como diabetes tipo 1 o que pudiera distinguirlos de los pacientes negativos para anticuerpos anti-GAD. Esto contrasta con otras series donde la prevalencia de diabetes tipo LADA es de hasta 10%.^{1,4}

La importancia de este estudio radica en la descripción de baja frecuencia de anticuerpos anti-GAD en una población con diabetes mellitus de inicio temprano. Esto implica, como señala el Dr. Lerman, que la autoinmunidad (al menos medida sólo por anticuerpos anti-GAD) no parece tener un impacto importante como causal del incremento en la

* Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades, Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

prevalencia de diabetes entre la gente joven en nuestro país, y posiblemente tampoco existe utilidad clara en su medición rutinaria.³

De acuerdo a lo encontrado en el UKPDS, la presencia de anticuerpos anti-GAD tiene un valor predictivo limitado en lo que se refiere a establecer la necesidad futura de insulina.⁵

Finalmente, un hallazgo importante de este estudio es la descripción de la elevada prevalencia de complicaciones micro y macrovasculares en estos pacientes con diabetes de inicio temprano, producto de la prolongada exposición a la hiperglucemia.³ Lo anterior nos obliga a mantener un alto índice de sospecha para poder reconocer y tratar en forma oportuna e intensiva a estos enfermos.

Bibliografía

1. Naik RG, Brooks-Worell BM, Palmer JP. Latent autoimmune diabetes in adults. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 4635-4644.
2. Cervin C, Lyssenko V, Bakhtadze E, Lindholm E, Nilsson P, Tuomi T, Cilio CM, Groop L. Genetic similarities between latent autoimmune diabetes in adults, type 1 diabetes, and type 2 diabetes. *Diabetes* 2008; 57: 1433-1437.
3. Lerman I, Granados J, Aguilar-Salinas C, Lobato M, Villa AR, Velasco ML, Gómez-Pérez FJ. Baja prevalencia de autoinmunidad (anticuerpos anti GAD +) en pacientes adultos con diabetes tipo 2 de inicio temprano. *Rev Endocr Nutr* 2010; 18: 170-175.
4. Leslie RD, Williams R, Pozzilli P. Type 1 diabetes and latent autoimmune diabetes in adults: one end of the rainbow. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 1654-1659.
5. Bingley PJ. Clinical applications of diabetes antibody testing. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 25-33.

Correspondencia:

Dra. Ma. Gabriela Rangel-Sánchez

E-mail: gabaendo@yahoo.com