

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas  
[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Comentario Asociado

### Diabetes *mellitus* tipo 2 en Pediatría. La importancia del cribado y tratamiento precoz

Medina Navarro M  
*Hospital Vithas La Salud. Granada. España.*

Correspondencia: Marina Medina Navarro, [marinamedinanavarro@gmail.com](mailto:marinamedinanavarro@gmail.com)

---

Fecha de recepción: 19 de junio de 2017 • Fecha de aceptación: 21 de junio de 2017  
Fecha de publicación del artículo: 28 de junio de 2017

---

Evid Pediatr. 2017;13:44.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Medina Navarro. Diabetes *mellitus* tipo 2 en Pediatría. La importancia del cribado y tratamiento precoz. Evid Pediatr. 2017;13:44.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2017;13:44>  
©2005-17 • ISSN: 1885-7388

# Diabetes mellitus tipo 2 en Pediatría. La importancia del cribado y tratamiento precoz

Medina Navarro M

Hospital Vithas La Salud. Granada. España.

Correspondencia: Marina Medina Navarro, [marinamedinanavarro@gmail.com](mailto:marinamedinanavarro@gmail.com)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), anteriormente conocida como diabetes no insulino dependiente, es un trastorno que surge de la resistencia y deficiencia relativa (más que absoluta) a la insulina en ausencia de destrucción autoinmune de células  $\beta$ . Es un trastorno poligénico que implica interacciones entre factores genéticos y ambientales que conlleva a un fallo en células  $\beta$  pancreáticas<sup>1</sup>.

La verdadera prevalencia e incidencia de DM2 en niños y adolescentes permanece desconocida debido a la ausencia de cribado rutinario, aunque hay numerosos datos que confirman un incremento alarmante en la última década paralelamente al aumento de obesidad. Esta constituye la causa más frecuente de insulinoresistencia en la infancia y adolescencia y se asocia también a condiciones metabólicas prediabéticas, como son la alteración de la glucemia en ayunas y la alteración de la tolerancia a la glucosa<sup>2</sup>.

El inicio de la DM2 ocurre más frecuentemente durante la adolescencia donde encontramos los niveles máximos de insulina, así como una disminución en torno a un 30% de su sensibilidad<sup>1</sup>.

La DM2 es a menudo asintomática. Pueden también estar presentes síntomas clásicos de diabetes como poliuria, polidipsia, visión borrosa y pérdida de peso, en asociación con glucosuria e incluso cetonuria. La presentación puede ser ocasionalmente con cetoacidosis diabética o crisis hiperosmolar no cetósica y puede ser mortal.

Los criterios diagnósticos para la diabetes (Asociación Americana de Diabetes, 2015) son los siguientes:

- Glucosa plasmática en ayunas  $> 126$  mg/dl o glucosa al azar  $> 200$  mg/dl medida en varias ocasiones si no hay síntomas (poliuria, polidipsia y pérdida de peso).
- Valores de  $> 200$  mg/dl a las 2 horas de sobrecarga de glucosa (realizado con dosis de 1,75 g de glucosa/kg, máximo 75 g disueltos en agua).
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c)  $\geq$  a 6,5%.

En 2015, la Asociación Americana de Diabetes recomienda detección de DM2 en niños con sobrepeso (índice de masa

corporal [IMC]  $> p85$  para edad y sexo, peso para la altura  $> p85$ , o peso  $> 120\%$  del ideal para la altura) con dos factores de riesgo adicionales: 1) historia familiar de DM2 en primer o segundo grado relativo; 2) raza/etnicidad (americano nativo, americano africano, latino, asiático americano, isleño del Pacífico); 3) síntomas de resistencia a la insulina o condiciones asociadas con resistencia a la insulina: acantosis *nigricans*, hipertensión, dislipemia, síndrome de ovario poliquístico, o pequeños para la edad gestacional, y 4) historia materna de diabetes o diabetes gestacional<sup>3</sup>.

El uso de la HbA1c, como único marcador para diagnosticar DM, es aún controvertido en la actualidad<sup>3</sup>.

Los jóvenes con DM2 tienen una alta prevalencia de complicaciones en relación con la diabetes y la obesidad con una pérdida de esperanza de vida de 15 años. Algunos estudios sugieren la presencia al diagnóstico de hipertensión en el 10-32% de los pacientes, microalbuminuria en el 14-22%, retinopatía en el 9,3%, dislipidemia en hasta el 85% y enfermedad hepática grasa no alcohólica en el 22% en menores de 30 años<sup>1</sup>.

Un estudio a largo plazo en Japón encontró que, durante un periodo de 20 años, un 24% de 1063 los participantes quedaron ciegos a una media de edad de 32 años<sup>1</sup>.

Otro estudio que siguió a 426 participantes con DM2 de inicio temprano encontró que en un periodo promedio de 6,8 años un 3% requirieron diálisis renal a los 35 años de edad<sup>1</sup>.

*Evidencias en Pediatría*, en este número<sup>4</sup>, nos presenta un artículo valorado críticamente donde se determina la viabilidad y eficacia real del uso de un sistema informático (CHICA DM2) en la identificación del riesgo, la coordinación del proceso y el diagnóstico de diabetes (DM2) en niños mayores de 10 años y adolescentes de riesgo. Se concluye que el uso de un programa informático resulta útil, ya que aumenta la realización de pruebas en pacientes de riesgo y mejora el seguimiento, aunque se desconoce su utilidad en la mejoría del estado de salud.

Con respecto al tratamiento, los pacientes con DM2 y sus familiares deben recibir una adecuada educación diabetológica,

siendo imprescindible la monitorización frecuente de la glucemia capilar.

El tratamiento debe incluir tanto medidas no farmacológicas (cambios en el estilo de vida, intervención dietética e incremento del ejercicio) como terapia farmacológica (insulina y metformina, únicos agentes aprobados en Europa y EE. UU.).

Por tanto, la prevención primaria de DM2 deber estar dirigida a frenar la pandemia de obesidad e incidir en el cribado y diagnóstico temprano de esta enfermedad por la alta prevalencia de complicaciones que conlleva<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Kao KT, Sabin MA. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Aust Fam Physician*. 2016; 6, 401-6.
2. Ros P, Barrio R. Diabetes tipo 2 en la infancia y adolescencia. *An Pediatr Contin*. 2009;7;127-35.
3. Temneanu OR, Trandafir LM, Purcarea MR. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents: a relatively new clinical problem within pediatric practice. *J Med Life*. 2016; 9:235-9.
4. Pérez-Moneo Agapito B, Rodríguez-Salinas Pérez E. Usar programas informáticos podría mejorar el seguimiento de enfermedades como la diabetes tipo 2. *Evid Pediatr*. 2017; 13:41.