Endocrinol Diabetes Nutr. 2020;67(Espec Cong 1):186

Endocrinología, Diabetes y Nutrición

P-149 - INTENTO DE AUTOLISIS MEDIANTE INYECCIÓN DE INSULINA GLARGINA Y ANÁLOGO DE GLP-1

E. Rodríguez Sosa, M. Sánchez-Gallego Alonso, S. Berriel Hernández, P. Guirado Peláez, L. Mesa Suárez, I. Aznar Ondoño y Á. Caballero Figueroa

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: La administración de dosis masivas de insulina con intención autolítica es poco frecuente. La sintomatología derivada es muy variable, con hipoglucemias que pueden llevar al paciente al estado comatoso o a una clínica muy leve. Además, el inicio y la duración de la hipoglucemia difieren en cada caso, por lo que la vigilancia exhaustiva y el aporte externo de glucosa es indispensable para garantizar la seguridad del paciente tras el episodio.

Objetivos: Describir un caso clínico poco frecuente a pesar de la elevada prevalencia de diabetes en nuestro medio.

Material y métodos: Mujer de 71 años con antecedentes de trastorno bipolar, HTA, hipotiroidismo y diabetes mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución en tratamiento con metformina-vildagliptina (850/50 cada 12 horas), insulina glargina 300 (50 UI sc en cena) y dulaglutida (0,75 mg semanal), que ingresa tras intento autolítico mediante la administración subcutánea de 1.500 UI de insulina glargina y 4 plumas de dulaglutida.

Resultados: La paciente es trasladada, tras avisar a su familia, al servicio de urgencias del CHUC, donde permanece en observación y recibe suero glucosado al 20% (600 g de glucosa/día). A pesar de ello, presenta varios episodios de hipoglucemia sintomática (glucemia capilar de hasta 40 mg/dl), que se resuelven con la administración adicional de suero glucosado al 50% y aportes extra vía oral (20-40 g de glucosa). A las 72 horas se traslada a planta de hospitalización, donde continúa con aportes endovenosos de 600 g de glucosa al día, sin precisar más aportes extra de glucosa por presentar glucemias capilares mayores a 70 mg/dl. Dada la buena evolución se disminuye progresivamente el aporte de glucosa intravenoso, de forma que a las 96 horas se mantiene con glucemias estables con 1.500 cc de glucosado 10% (150 g de glucosa/día). Al sexto día de ingreso presenta hiperglucemia en torno a 200 mg/dl, por lo que se suspenden los aportes intravenosos de glucosa y se inicia metformina-vildagliptina según dosis de domicilio. Con ello se consigue un perfil glucémico adecuado y estable, por lo que se procede al alta de la paciente 24 horas después.

Conclusiones: La administración de dosis masivas de insulina glargina con intención autolítica en pacientes diabéticos es grave y da lugar a hipoglucemias de intensidad y duración variable, que requieren para su corrección administración prolongada de grandes aportes de glucosa y que pueden presentarse entre 30 y 100 horas después. Hay poca bibliografía disponible y no hay pautas

terapéuticas estandarizadas, por lo que hay que optar por vigilancia y tratamiento sintomático, con lo que, en la mayoría de las ocasiones, se consigue una evolución favorable.

© 2020 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.