



Endocrinología y Nutrición



326 - EDEMA MACULAR DIABÉTICO ASOCIADO A INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO INSULÍNICO

M.P. Alberiche Ruano^a, R.M. Sánchez Hernández^a, H. Rodríguez Rosas^b, D. Martín Roque^b, A.M. Sánchez García^c, C. Fernández-Trujillo Moujir^c, D. Marrero Arencibia^c, A. Ojeda Pino^c, R. Daryanani Daryanani^d y F. Cabrera López^e

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Instituto de Investigaciones Biomédicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospitales San Roque. Las Palmas de Gran Canaria. España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. España. ^dServicio de Medicina Interna. Hospitales San Roque. Las Palmas de Gran Canaria. España. ^eServicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. España.

Resumen

Introducción: El edema macular diabético (EMD) una complicación frecuente y la primera causa de ceguera en la diabetes. Se asocia al tiempo de evolución y al mal control de la enfermedad. Por otro lado, el edema insulínico es una entidad poco frecuente, asociada al inicio o intensificación de la terapia con insulina. No hay casos descritos en la literatura que asocien aparición súbita de EMD tras intensificación del tratamiento insulínico.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 36 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de 20 años de evolución con mal control metabólico crónico (HbA1c entre 11-13,5%), en tratamiento con pauta insulínica basal-bolo. Como complicaciones presenta múltiples ingresos por cetoacidosis diabética (CAD), retinopatía no proliferativa leve bilateral, polineuropatía sensitivo-motora en grado moderado-severo, disautonomía cardiovascular grave, gastroparesia diabética y artropatía de Charcot en pie derecho. Otros antecedentes de interés: uveítis anterior unilateral, parotiditis de repetición y cirugía de cataratas bilaterales en 2010. Ingresa por CAD secundaria a omisión de insulina, tras intensificación del tratamiento con insulina y mejoría importante del control glucémico, presenta un edema generalizado con disminución brusca de la agudeza visual. En el fondo de ojo presenta retinopatía diabética con edema macular quístico bilateral, no presente al ingreso. Tras la mejoría del cuadro sistémico y desaparición de los edemas, presenta una resolución espontánea del edema macular quístico.

Discusión: En nuestro conocimiento es el primer caso descrito de edema macular agudo tras intensificación con terapia insulínica, con resolución espontánea sin tratamiento al resolverse el cuadro de edema insulínico. Esta complicación está asociada a un mal control metabólico como presenta nuestra paciente, pero no se había asociado hasta el momento a edema insulínico.