Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1788

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2539 - De gastroenteritis a Diabetes Mellitus

L.M. Rivera García[a], R. Díaz Fernández[b], S. Charro Alonso[c], E. Prado Fernández[c], P. Cuesta Rodríguez[d], C. Longo Alonso[c], A. García Noriega[d], N.O. Rincón Valero[c], A. Langa Fernández[e] y A. López Alonso[d]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón.[b]Médico de Familia Residente de 2º año. Centro de Salud Natahoyo. Gijón.[c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón.[d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón.[e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Conjueces. Gijón.

Resumen

Descripción del caso: Caso clínico que se diagnostica en Atención primaria y se completa su seguimiento en servicio de urgencias generales y Endocrinología. AP: Varón 45 años de edad, con antecedentes personales de HTA, hipercolesterolemia, obesidad grado 1, esteatosis hepática, carcinoma urotelial de alto grado T2G3 ya tratado, y múltiples citas por dolores lumbares y abdominales, mareos inespecíficos e ITUs a repetición. Motivo de consulta: cuadro clínico de vómitos persistentes de contenido alimentario e intolerancia oral, que no ceden con antieméticos habituales, acompañados de náuseas, astenia, anorexia y malestar general de 1 semana de evolución. No alteración del hábito intestinal ni historia de fiebre. Relaciona la clínica con la ingesta de caracoles en mal estado. Refiere ingesta de gran cantidad de refrescos azucarados los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Ligera palidez de piel y mucosas, y diaforético. Abdomen: globuloso, blando, depresible ,no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias palpables, con sonda de urostomía, peristalsis+, ruidos hidroaéreos conservados sin sobreañadidos, no soplos abdominales, PPRB(-). Resto de exploración completamente normal. Se prescribe motilium y dieta blanda para gastroenteritis. El paciente llama a nuestra consulta al día siguiente, refiriendo que los vómitos han cedido, pero que ha continuado empeorando la sensación de cansancio generalizado y mal estado general.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Acudimos a su domicilio, donde le encontramos con una exploración nuevamente anodina, pero evidentemente con mal aspecto, por lo que le realizamos un glucotest que no miden las cifras el glucómetro y un Combur test que resulta con: glucosuria+++, cetonuria+++, hematíes+. Cogemos vía venosa y ponemos 1.000 de suero fisiológico y derivamos a Urgencias generales del hospital, para completar pruebas complementarias. Se realiza analítica urgente con bioquímica: 1.014 mg/dl de glucemia, urea 84, PCR 7,3, y orina con elemental y sedimento, glucosa++++, c. cetónicos +++, 2-4 hematíes. Se pide interconsulta urgente a Servicio de Endocrinología.

Juicio clínico: Se trata de un paciente joven de 45 años de edad, con múltiples FRCV como obesidad, HTA, exfumador y sedentarismo, cumpliendo criterios de síndrome metabólico, que acude por cuadro de vómitos, cansancio y mal estado general, que relaciona con postingesta, pero al que al realizar analítica se le objetiva glucemia en 1.014 mg/dl y cetonuria intensa con glucosuria, por lo que a pesar de no tener clínica cardinal (de polidipsia, poliuria...) nos impresiona de cetoacidosis diabética como debut de diabetes mellitus, probablemente, tipo 2 por el fenotipo del paciente, en espera de resultados de autoinmunidad.

Diagnóstico diferencial: Diabetes mellitus tipo Lada, gastroenteritis, viriasis, síndrome emético.

Comentario final: Como médicos de medicina familiar y comunitaria, así como vivimos cara a cara con la incertidumbre a la hora de diagnosticar con asertividad las diversas patologías por la que nos visitan nuestros pacientes por no tener disponibles algunas pruebas complementarias en nuestras consultas, así también tenemos la ventaja de poseer una serie de herramientas a nuestro alcance como la continuidad, el seguimiento y el abordaje biopsicosocial que profundizamos al conocer a sus familias, al visitarles al domicilio y al desarrollar cercanía con ellos, que nos permitirán actuar con prontitud ante una patología aparentemente banal, de presentación atípica, que pudiese comprometer la vida de nuestro paciente y al que le marcaría la diferencia nuestra decisión, como en éste caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Medicina Interna. 17ª edición. Parte 15 Endocrinología y metabolismo. Capítulo 338. Diabetes mellitus.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Sección 7. Urgencias endocrinometabólicas.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

3. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. Hospital El Bierzo. 3ª edición. Capítulo de Endocrinología. Cetoacidosis diabética. p. 258-61.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.