Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1787

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2529 - Hiperglucemia hiperosmolar como debut diabético

C. Castillo Ramos[a], F.M. Aceituno Villalba[b], S. Falla Jurado[c], C. Bolarín Angosto[d], A. Sánchez Martínez[e], A. Balsalobre Matencio[d], I.M. Escudero Muñoz[e], D.Á. Rodríguez Palacios[c], A.C. Menéndez López[f] y M. Lloret Arabí[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrasa Sud. Barcelona. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [f]Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. [g]Médico Residente de 1er año. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 40 años de origen senegalés sin alergias conocidas, portador del virus hepatitis B de transmisión vertical y esteatosis hépatica. No antecedentes familiares de interés. El día 4/09/15, el paciente acude a Urgencias por cuadro gastrointestinal que se orienta como gastroenteritis aguda y se pauta tratamiento sintomático. El 6/09/15, vuelve a reconsultar por persistencia de la clínica con pérdida de peso, sudoración, deshidratación y mal estado general. Se realizan pruebas complementarias donde se objetiva glucemia de 874 mg/dl, cetonuria muy positiva (+++) y osmolaridad en orina de 859 mOsm/kg. Por tanto, dada la clínica y resultados analíticos, se orienta como cuadro de hiperglucemia hiperosmolar secundaria a gastroenteritis aguda en paciente no diabético conocido y se pauta sueroterapia intensiva, bomba de insulina y ciprofloxacino. El paciente evoluciona favorablemente tras la administración de medicación con normalización de los valores analíticos y se decide alta a domicilio con control urgente por su médico de familia. El 8/09/15 acude de nuevo a Urgencias derivado por su médico de familia por debut diabético con cifras de glucemia de 520 mg/dl asociado a cetonuria muy positiva (++). El paciente explica pérdida de peso de 10 kg con dolor abdominal, sensación de mareo e inestabilidad, poliuria, polidipsia y polifagia en la última semana.

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

Exploración y pruebas complementarias: TA 146/91; FC 96 lpm; Tª 36,8º; BMTest 479 mg/dl. Desde el punto de vista analítico destaca glucemia de 473 mg/dl y osmolaridad plasmática de 303 mOsm/kg con función renal preservada. En la gasometría venosa no se objetiva acidosis.

Juicio clínico: Dada la clínica, semiología y resultados de las pruebas complementarias, se orienta como hiperglucemia hiperosmolar en paciente no diabético conocido. Se inicia sueroterapia intensiva y pauta de insulina rápida consiguiendo la mejoría clínica y normalización de las cifras analíticas. Se ingresa en Endocrinología para completar estudio y seguimiento. En la planta hospitalaria, el paciente evoluciona favorablemente aunque con glicemias levemente elevadas con pauta de levemir y Novorapid. En la analítica de estudio destaca una Hb1AC alta (13,6%) con resto del perfil hepático, renal, lipídico y tiroides normal, anticuerpos pendientes. Se ajusta pauta de insulina y se realiza educación intensiva. Dado la buena evolución clínica, se decide alta hospitalaria con pauta de insulina Novorapid según glicemias capilares prepandriales e insulina Levemir por la noche. Seguirá controles y seguimiento con su médico de familia y especialista en consultas.

Diagnóstico diferencial: Cetoacidosis diabética, acidosis láctica, uremia, cetoacidosis alcohólica, intoxicaciones (salicilatos, metanol, etilenglicol) e ictus.

Comentario final: La descompensación hiperglucémica hiperosmolar se caracteriza por hiperglucemia importante (> 600) y osmolaridad plasmática elevada. Puede existir acidosis metabólica de origen láctico y los cuerpos cetónicos son negativos o levemente positivos. El tratamiento se basa en la rehidratación (su principal problema) y también se utilizan insulina, potasio (excepto si está elevado) y bicarbonato (en caso de que exista acidosis láctica). Es frecuente que se presente como debut diabético en paciente con DM tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias 2ª edición. Hospital Universitario Infanta Leonor.

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