



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/57 - Impacto súbito

P. Abellán García^a, J.J. López Pérez^a, A.I. Ortega Requena^b, A. Marco Berna^c, M. Córcoles Vergara^a, B. de la Villa Zamora^c, B. Sánchez García^d, R. Aznar Galipienso^e, D. Levy Espinosa^e y A.D. Branchina Núñez^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años, acude a urgencias tras traumatismo en muñeca derecha por caída casual el día anterior. Tras realización de prueba de imagen para descartar fractura, comienza en la sala de espera a presentar cuadro disneico con taquipnea asociada y palidez mucocutánea, sin causa justificante. Antecedentes personales: no antecedentes de interés ni cirugías previas. No alergias medicamentosas. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 en varios familiares por línea paterna.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 126/87, T^a 36,4, FC 95, Sat 100%. Consciente y orientado en 3 esferas. Pulsos carotídeos rítmicos y simétricos, no ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: rítmico, a 95 lpm. No soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Taquipneico a 25 rpm. Respiración tipo Kussmaul. Abdomen: blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas ni megalías ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Timpánico. MMII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: no signos de focalidad neurológica ni síntomas meníngeos en el momento actual. Muñeca derecha: dolor leve a la flexo-extensión, no signos de deformidad ni dolor en tabaquera ni en base 5º metacarpiano. Exploraciones complementarias: ECG: ritmo sinusal 90 lpm. Glucemia capilar inicial: 321 mg/dl. Analítica: bioquímica: glucemia 298, urea 20, creatinina 0,9, sodio 134, potasio 4,9, CPK 110, láctico 1,90. Dímero D: 1.070. Resto hemograma normal. Coagulación: dímero D: 7.730, resto normal. Gasometría venosa: pH 6,95, pCO₂ 21,1, HCO₃ 4,4. Orina: drogas de abuso negativo. Cuerpos cetónicos positivos. Radiología: tórax: no cardiomegalia, no derrame cisural, no infiltrados ni condensaciones, no hallazgos patológicos. Muñeca derecha: no se aprecian líneas de fractura. Autoinmunidad (en planta): Ac antitransglutaminasa 97, anti péptido citrulinado 0,9, anti GAD negativo, anti IA2 neg. IgG, IgA, IgM, C3 y C4 normales. Ac lúpico negativo. Crioglobulinas, Ac no organoespecíficos, ANCA, anti cardiolipinas IgG e IgM negativo, anti beta 2gp negativo. Estudio de trombofilia pendiente. Evolución: el paciente pasa a cargo de UCI precisando colocación de catéter venoso central, corrigiendo alteraciones hidroelectrolíticas y cifras de glucemia tras inicio de insulinoterapia. Tras la buena evolución, se da de alta a medicina interna. Ya en planta, comienza con molestias en miembro superior derecho y disnea, realizándose Eco doppler venoso del miembro y hallándose trombosis venosa superficial y profunda del mismo. En angio-TC de arterias pulmonares, se hallan defectos de repleción en la luz de ramas segmentarias y subsegmentarias de ambos lóbulos inferiores y del lóbulo medio y língula (tromboembolismo pulmonar secundario). El paciente fue anticoagulado, se le pautó insulinoterapia y educación diabetológica y fue dado de alta dada la estabilidad

clínica.

Juicio clínico: Cetoacidosis diabética de debut de DM-1. Trombosis venosa profunda y superficial del miembro superior derecho con tromboembolismo pulmonar secundario.

Diagnóstico diferencial: Diabetes mellitus de debut, intoxicación secundaria a ingesta tóxicos, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, coagulopatía no conocida.

Comentario final: Inicialmente, dada la estabilidad clínica del paciente, no se sospechó ninguna clínica en concreto (sólo descartar fractura de muñeca). Tras el episodio con respiración tipo Kussmaul, la sospecha de cetoacidosis diabética fue ganando peso dados los antecedentes. Una rápida actuación evitó que el paciente sufriera una descompensación mayor, pero el deterioro gasométrico no pudo evitar el ingreso en UCI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. 17^a ed. Vol.1: Principios de medicina interna Harrison. México D.F.: McGrawHill: 2009. p.2296-304.
2. Tébar Massó FJ, Escobar Jiménez F. En: La diabetes mellitus en la práctica clínica. Ed. Panamericana: 2009. p.31-48.
3. Rivas M. En: Manual de urgencias. Ed. Panamericana. 2^a edición. 2010.p 357-81.