



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1217 - Hipoglucemia con nuevas insulinas ultralentas

J. Sanantón<sup>a</sup>, I. Hernández Viña<sup>b</sup>, M. García Galán<sup>b</sup>, C.A. Rinaldi<sup>b</sup> y P. Jaén Reig<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Calpe. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Xàbia. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Marina Salud. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 82 años que por mal control de hemoglobina glicada se inicia nueva insulina Toujeo (ultralenta), después de su inicio ligera mejoría de glicosilada y disminución de episodios de hipoglucemia. Acude a Servicio de Urgencias traído por el SAMUR presentar un episodio de pérdida de conciencia en contexto de hipoglucemia. Como antecedentes de interés HTA, DLP y DM insulíndependiente con afectación retiniana y renal. En tratamiento con Toujeo (80-0-0) Novomix (0-14-0), Livazo 4 mg, Adiro 100 mg, torasemida, Zemplar, Zyloric, colchicina, paricalcitol. El paciente registra glucemias de 56 mg/dl por la mañana y tras el desayuno se administró 60 UI de Toujeo, a continuación presenta cuadro de visión borrosa y posteriormente no recuerda más de lo sucedido. La familia lo encuentra en el suelo agitado con vómito abundante y desorientación.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la llegada del SAMUR detecta glucemia de 37 mg/dl, administrando glucagón im y glucosmon con posterior recuperación. A su llegada a Urgencias el paciente está consciente, orientado aunque somnoliento. Resto de la exploración física anodina, buenas constantes y con glucemia de 179 mg/dl. Se realiza analítica completa con troponinas registrándose cifras de 21.447 ng/ml y Ck 243,7 ng/ml. En el ECG consta ritmo sinusal a 83 lpm, PR 0,28, onda Q de v1 a v3 con elevación del ST en V1 y V2. El paciente pasa a Unidad de Intensivos para vigilancia hemodinámica, optimización de tratamiento y control evolutivo. Se realiza Interconsulta a Cardiología que deciden manejo médico conservador dada la calidad de vida del paciente y su estado asintomático. Posteriormente pasa a planta de Medicina Interna, dada la estabilidad clínica y hemodinámica.

**Juicio clínico:** SCACEST anterior.

**Diagnóstico diferencial:** Hipoglucemia diabetogénica, cetoacidosis láctica, insuficiencia renal crónica reagudizada.

**Comentario final:** Paciente en control por instauración de nueva terapia de insulina ultralenta, valorar otras causas de hipoglucemia fuera de la propia DM, en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular.

### Bibliografía

1. Kosiborod M, Inzucchi S, Spertus J. Relationship Between Spontaneous and Iatrogenic Hypoglycemia and Mortality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction. JAMA. 2000;301:1556-64.
2. Home PD, Bergenfelz RM, Riddle MC, et al. Glycaemic control and hypoglycaemia with new insulin glargine 300 U/mL in people with type 1 diabetes (Edition 4). Oral presentation at European

Association for the Study of Diabetes Congress, 2014, Abstract 148.

*Palabras clave:* Hypoglycemia. Myocardial infarction. Ultralente insulin.