



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2190 - ¿Qué le pasa a mi hijo?

S. Herreros Juárez^a, E. Ruíz García^a, M. Serna Martínez^a, J. Ballesta Lozano^a, S. Hernández Baño^a, M. Solana Palazón^a, A. del Pozo Pérez^b, D. Oñate Cabrerizo^c, L.M. González Torres^d y M. Vigil Velis^e

^aMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^bInternista. Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. ^eIntensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 12 años, sin antecedentes médico quirúrgicos, que consulta por vómitos de 36 horas de evolución sin restos patológicos. La familia refiere que lo encuentran más adormilado y se ha orinado encima en un par de ocasiones. No alteración de hábito intestinal. No fiebre ni otra sintomatología acompañante en resto de anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/57 mmHg. FC 121 lpm. SatO₂ 100%. Glucemia capilar: error. Somnoliento. Glasgow 13. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extra tonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: depresible, blando. No doloroso a la palpación. Peristaltismo aumentado. Sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos hipoplásicos. NRL: sin focalidad. MMII: pulsos presentes y simétricos. Sin signos de TVP. ECG: RS a 100 lpm eje 60 BIRHH sin alteración en repolarización. Bioquímica: glucosa 1.120 mg/dL, urea 74 mg/dL, Cr 1,71 mg/dL, PCR 8 mg/dL, amilasa 137 mg/dL, Na 129 mmol/L, K 5,1 mmol/L. Hemograma: leucocitos 21.300 (N 18.100), Hb 14,2 g/dL, plaquetas 290.000. Coagulación: normal. Gasometría venosa: pH 7,006, pO₂ 31, pCO₂ 27, HCO₃- 6,6.

Juicio clínico: Cetoacidosis diabética. Diabetes mellitus tipo 1 de debut.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Cetoacidosis alcohólica. Pancreatitis aguda. Neurológicas: hipertensión intracraneal, migraña.

Comentario final: Tras los resultados de exploración y pruebas complementarias se administró perfusión de insulina rápida y bicarbonato. A la vez que comentamos caso con UCI de hospital de referencia que aceptó su traslado. En UCI se mantuvo tratamiento con bomba de insulina y sueroterapia las primeras 24 horas, junto a bicarbonato hasta normalización de pH. Actualmente se encuentra en seguimiento por Endocrino de zona y pendiente de estudio de posible hipogonadismo.

Bibliografía

1. Jiménez ML, Palomares OR, Bajo FI, et al. Cetoacidosis diabética. En Jiménez ML, Montero PFJ. Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona: Elsevier, 2015:459-62.
2. Origüen SJ, Partida MML. Complicaciones agudas de la diabetes. En: Aguilar RF, Bisbal PO, Gómez CC, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: MSD, 2012:1027-39.

Palabras clave: Debut diabetes mellitus. Acidosis metabólica.