



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1719 - DIABETES MAL CONTROLADA

M. Cordero Cervantes^a, M. García Estrada^b, E. Prieto Piquero^c, E. Cano Cabo^d, L. López Menéndez^e e I. Lobo Cortizo^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Asturias. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Asturias. ^fMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acude a consulta por disuria de dos días de evolución con vómitos e intolerancia oral. Realizó controles de glucemia capilar y de cetonemia con determinaciones en aumento. Dado el mal estado general y nulas ingestas se deriva a urgencias. Antecedentes personales: diabetes mellitus hace dos años. Estudiada por Endocrinología que descartó la presencia de componente autoinmune. a tratamiento con diferentes antidiabéticos orales (metformina, sitagliptina y posteriormente asociación vildagliptina y metformina) estando actualmente en tratamiento con insulina en pauta bolo-basal, no mostrando un buen control metabólico con HbA1c 13,6%. Neuropatía diabética sensitiva distal en pies y manos controlada con pregabalina y carbamazepina. Como antecedente destaca 3 ingresos previos en el último año por descompensaciones hiperglucémicas cetósicas sin acidosis en el contexto de infecciones urinarias.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Glucemia capilar: 438 mg/dl, cetonemia capilar: 4,6 mmol/l. Sequedad mucocutánea. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, l evemente doloroso en hipogastrio. Bioquímica: glc 443 mg/dl, creatinina 0,96 mg/dl, sodio 142 mmol/l, pcr 38,3 mg/dl. Hemograma: hb 12,6 g/dl, leucocitos 15,51, neutrófilos 91,2%. Coagulación: normal. Orina: piuria intensa. Urinocultivo: se aísla Pseudomonas aeruginosa. Rx tórax: normal. Dados los antecedentes de infecciones urinarias de repetición e insensibilidad miccional se solicitó ecografía abdominal que mostró una ureterohidronefrosis bilateral. Se solicitó además citologías de orina y bk en orina siendo todo normal. Valorada por Urología que comenta que todo podría estar en relación con probable vejiga hipotónica retencionista con ligera repercusión renal.

Juicio clínico: Descompensación hiperglucémica cetósica sin acidosis en paciente con mal control metabólico, en el contexto de infecciones urinarias de repetición. Pendiente de estudios urodinámicos y de cistografía. Actualmente porta sonda permanente.

Diagnóstico diferencial: Diabetes mellitus.

Comentario final: La vejiga neurogénica se encuentra en el 50% de los diabéticos de larga duración. se manifiesta por ausencia de deseo de orinar debido a la pérdida de sensibilidad frente a la distensión del músculo detrusor cuando la vejiga está llena y por incremento de la capacidad vesical. El diagnóstico precoz es importante porque evita complicaciones infecciosas y desarrollo de reflujo vesicoureteral, que puede

ocasionar daño renal.

Bibliografía

1. Vejsgaard R. Studies on urinary infection in diabetes 1: bacteriuria in patients with diabetes mellitus and in control subjects. Acta Med Scand. 1966;179:173-9.

Palabras clave: Diabetes. Bacteriuria. Neuropatía.