



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

242/4077 - UN ALIENTO MUY CARACTERÍSTICO

M. Orellana Beltrán^a, M. Gómez Domínguez^b, Á. Bonilla Álvarez^c, N. Moya Quesada^b, P. Castro Pérez^d y G. Navarro Lorenzo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. UGC Bajo Andarax. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 16 años sin antecedentes de interés excepto intervención quirúrgica a los 6 años por traumatismo abdominal, acude a consulta por cuadro de malestar general y molestias abdominales difusas junto con náuseas y vómitos biliosos de varias horas de evolución. Deposiciones de consistencia normal sin productos patológicos. No refiere fiebre ni otros convivientes afectados. Comenta llevar varios días “con mucha hambre y sed”. No alteración de la conciencia.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada, neurológicamente normal, afebril, TA 100/60, moderada deshidratación, ACR normal pero con hiperventilación (24 rpm), aliento afrutado y palpación abdominal discretamente dolorosa sin visceromegalias ni peritonismo. No adenopatías. Se realiza glucemia capilar y un análisis de la orina mediante tira reactiva, encontrándose una cifra de 550 mg/dl (que comprobamos), glucosuria y cetonuria +++;+++.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo I: debut con cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda incipiente, pancreatitis aguda, brote ulceroso, gastroenteritis aguda, obstrucción abdominal mecánica por bridas.

Comentario final: Se canaliza vía venosa periférica para reposición hídrica con suero fisiológico, se administra bolo intravenoso de 10 UI de insulina rápida y se deriva al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para completar estudio mediante analítica de sangre y orina con sedimento y gasometría arterial y continuar tratamiento con perfusión de insulina, K o bicarbonato según proceda y observación. Ante un paciente joven con dolor abdominal y vómitos y aliento afrutado (fetor cetonémico) siempre hay que pensar en la cetoacidosis diabética. Apoyan al diagnóstico la hiperventilación (respiración Kussmaul), la exploración abdominal anodina y la tríada típica de poliuria, polidipsia y polifagia. La cetoacidosis diabética es una complicación tanto de la DM tipo I como de la II, siendo sus desencadenantes más frecuentes las infecciones respiratorias/urinarias y el abandono de la terapia insulínica, aunque se presenta más habitualmente en pacientes jóvenes con DM I pudiendo ser la primera manifestación (20%).

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

2. Estopiñán García V, Martínez Burgui, J. Unidad de Endocrinología Hospital Obispo Polanco; Guías de Actuación Clínica de la Diabetes Mellitus. Endocrinol Nutr. 2006;53 Supl 2:14-6.

Palabras clave: Fetur cetonémico. Tríada 3P. Respiración Kussmaul.