



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3890 - CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA

G. Rijo Nadal^a, A. Asturias Sainz^a, A. Casal Calvo^b y J. Cepeda Blanco^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morante. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Masculino de 37 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida, psoriasis, Apnea-hipopnea del sueño, trasplante de córnea bilateral por queratoconos, en tratamiento con clobetasol, betametasona en seguimiento en nuestra consulta por síndrome metabólico, según los criterios de NCEP-ATP3, en donde se diagnóstica de diabetes mellitus por glucemia plasmática de 313 mg/dl en analítica de control, y se inicia tratamiento con metformina-850 mg/dapagliflozina-5 mg, cada 12 horas. Dos días después refiere astenia, debilidad generalizada, polidipsia, sequedad de boca, dolor en extremidades inferiores y tres episodios de vómitos sin productos patológicos. Se realiza glucemia capilar que está en 130 mg/dl y se decide enviar a urgencia por persistencia de los vómitos y astenia. No otros síntomas. Es valorado en urgencias, que objetivan cuerpos cetónicos de 5,3 mmol/L.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,3 °C, TA: 185/103 mmHg, FC: 108 lpm, SatO₂: 86%, glucemia: 132. ECG: 15/15. CyOx3. Hidratado y perfundido. Eupneico. ACP-abdomen: normal. Gasometría venosa: acidosis metabólica (pH: 7,17, pCO₂: 21,5 mmHg, HCO₃: 7,4 mmol/L). Hemograma: leucocitos: $13,7 \times 10^3/\mu\text{L}$, Segmentados: 77,9%. Resto normal. Bioquímica: glucosa: 136 mg/dL, AST: 38, ALT: 70, GGT: 54, PCR: 1,2 mg/dL, FGE: > 90. Resto: normal. Coagulación: normal. Cuerpos cetónicos: 5,3 mmol/L. Anion Gap: 33,60 mEq/L. Radiografía tórax: normal.

Orientación diagnóstica: Cetoacidosis diabética (CAD) euglucémica secundario a iSGLT-2.

Diagnóstico diferencial: Cetoacidosis por inanición. Cetoacidosis alcohólica. Acidosis láctica-tóxica.

Comentario final: Ingresa en la observación con sueroterapia y perfusión continua de insulina, manteniéndose estable, se da el alta asintomático con insulina lenta y rápida a las 48 horas. La CAD euglucémica es una complicación grave, aguda y potencialmente mortal. Sin embargo, es difícil de identificar debido a la ausencia de hiperglucemia, lo que lleva a un retraso en el diagnóstico y tratamiento. Los síntomas más frecuentes son náuseas, vómitos y malestar general. Se ha descrito la asociación de CAD y de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (iSGLT-2), en los primeros 30 días, y parecen estar asociados como consecuencia de su eliminación de glucosa no dependiente de insulina, hiperglucagonemia y depleción de volumen. Estos pacientes deben evaluarse rápidamente para detectar la presencia de cetonas y solo deben usarse con gran precaución y monitoreo cercano en la diabetes tipo 1. Para prevenir esta complicación los que se enferman deben suspender tratamiento, evaluar cuerpos cetónicos e iniciar insulina basal, si las cetonas son positivas. También deben ser educados para detener su iSGLT-2 al menos 1 semana antes de los procedimientos electivos.

Bibliografía

1. Candelario N, Wykretowic J DKA that wasn't: case of euglycemic diabetic ketoacidosis due to empagliflozin. *Oxf Med Case. Reports.* 2016;7:144-6.
2. Zhang L, Tamilia M. Euglycemic diabetic ketoacidosis associated with the use of a sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor. *CMJA.* 2018;190:E766-8.

Palabras clave: CAD. Dapaglifozina. Euglucémica.