

347/1097 - POCAS PALABRAS, A VECES, NO BASTAN

Y. Domínguez Rodríguez^a, M. Cardeñosa Cortés^b, B. Angós Sáez de Guino^c y M. González Martín^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años. No antecedentes personales ni familiares de interés. No tratamiento habitual. Acude por dolor abdominal de dos días de evolución, náuseas con vómito sin productos patológicos en dos ocasiones, intolerancia a sólidos y líquidos. No deposiciones diarreicas. Afebril. Niega otra sintomatología. Constantes normales, leve deshidratación de piel y mucosas. Dolor abdominal difuso en palpación profunda, sin irritación peritoneal, sin otros hallazgos relevantes. Se diagnostica y trata como probable gastroenteritis aguda. Acude dos días después con exacerbación de la clínica, astenia intensa, mialgias y xerostomía. Además, refiere polidipsia y poliuria en la última semana, así como pérdida de peso de 10 kg.en los últimos seis meses.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Deshidratación moderada de piel y mucosas. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Sin cambios en exploración abdominal respecto previa. Resto de exploración normal. Determinación de glucosa mayor de 300 mg/dl. Se deriva a Urgencias. En Urgencias presenta gasometría venosa: pH 7,07; pCO₂ 24; sodio 133; potasio 2,3; glucosa 313; HCO₃ 7. Cetonemia 7. Hemograma normal. HbA1c 11,4%. Cetonuria y glucosuria. Placa de abdomen con heces abundante, sin signos de obstrucción. Placa de tórax anodina. Electrocardiograma normal. Ante la sospecha clínica se inicia perfusión de insulina y ajuste de iones. Ingresa para continuación de cuidados y tratamiento, con buena evolución del paciente.

Orientación diagnóstica: Debut diabético. Cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Debut diabético. Hiperglucemia hiperosmolar. Deshidratación hipernatrémica.

Comentario final: La cetoacidosis diabética es la forma más frecuente de debut de diabetes mellitus 1. Se caracteriza por combinar cetonemia y cetonuria, acidosis metabólica e hiperglucemia > 250 mg/dl. El debut diabético es criterio de derivación hospitalaria, siendo importante valorar el grado de acidosis metabólica y nivel de conciencia. En atención primaria, el tiempo limitado para realizar la anamnesis dificultan el diagnóstico de procesos de corta evolución clínica que no presentan claros signos o síntomas que nos orienten, aun tratándose de patologías habituales. Es importante realizar una pormenorizada historia clínica y diagnóstico diferencial, incluso ante los procesos clínicos más habituales.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Diabetes. Cetoacidosis. Debut.