

## 424/1738 - DOCTORA, MI MARIDO VOMITA Y RESPIRA RARO

C. Jové Vivo<sup>1</sup>, A. Cetó Barayazarra<sup>2</sup>, C. Llorach Andrés<sup>1</sup> y V. Sorolla Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Llobregat. Barcelona. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>3</sup>Médico de Familia. Atención Domiciliaria Litoral. Gavà. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 72 años. Avisan telefónicamente por presentar vómitos con intolerancia a líquidos y malestar, sin otra clínica asociada. Como antecedentes, destacaba Carcinoma acinar de páncreas diagnosticado en marzo de 2018 con metástasis hepáticas y adenopatías toracoabdominales, en 3<sup>a</sup> línea de quimioterapia endovenosa por catéter, en tratamiento con corticoterapia y analgésicos de 3<sup>er</sup> escalón y seguimiento por PADES por progresión, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 tratado con insulina y fármacos orales, infarto de miocardio en 2000, EPOC sin tratamiento crónico.

**Exploración y pruebas complementarias:** A nuestra llegada a domicilio, mal estado general. Glicémica > 600. Tensión arterial 133/76 mmHg. Saturación 98%. Taquicárdico a 130 lpm rítmico. Taquipneico a 40 rpm, respiración profunda con uso de la musculatura abdominal. Auscultación respiratoria sin alteraciones. Abdomen anodino. Extremidades sin signos de trombosis venosa ni edemas. Analítica inicial: pH 6,89, CO<sub>2</sub> 23 mmHg, HCO<sub>3</sub> 4,4 mmol/L. Glucosa 47,2 mmol/L, creatinina 237 umol/L, K 6,91 mmol/L, Na 142 mmol/L, perfil hepático y coagulación sin alteraciones. Hb 101 g/L, VCM 114fL, plaquetas 894.000/L, leucocitos 29.600/L, lactato 7,2 mmol/L. Rx de tórax: sin infiltrados ni condensaciones. Rx abdomen: dilatación de asas de intestino delgado agrupadas en hemiabdomen izquierdo sin presencia de niveles hidroaéreos. Hemocultivos: negativos. Hemocultivo de catéter: negativo. Analítica control: pH 7,31; CO<sub>2</sub> 22 mmHg; HCO<sub>3</sub>- 11,1 mmol/L. Glucosa 35,3 mmol/L, creatinina 150 umol/L, plaquetas 545.000/L, leucocitos 25.600/L, lactato 3,3 mmol/L. Gammagrafía V/Q: estudio de ventilación y perfusión pulmonar dentro de la normalidad.

**Orientación diagnóstica:** Cetoacidosis diabética.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar agudo (TEP). Broncoespasmo feroz. Broncoaspiración. Shock séptico. Edema agudo de pulmón (EAP).

**Comentario final:** Con los antecedentes del paciente, desde domicilio descartamos broncoespasmo, EAP o broncoaspiración por auscultación respiratoria normal. La sospecha era alta de cetoacidosis diabética, pero no se podía descartar con seguridad shock séptico por ser un paciente inmunodeprimido, o TEP por el antecedente de Neoplasia e inmovilización, por lo que se derivó a urgencias, donde se confirmó cetoacidosis diabética y se inició tratamiento específico, con buena evolución.

### Bibliografía

1. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes-2019; American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2019;42(Suppl 1):S4-S6.
2. Guisado-Vasco P, Cano-Megías M, Carrasco-de la Fuente M, et al. Clinical features, mortality, hospital admission, and length of stay of a cohort of adult patients with diabetic ketoacidosis attending the emergency room of a tertiary hospital in Spain. *Endocrinol Nutr.* 2015;62:277-84.

**Palabras clave:** Cetoacidosis diabética.