

## 424/328 - DEBUT DE UN CAMBIO DE VIDA

J. Capón Álvarez<sup>1</sup>, L. González Coronil<sup>2</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>2</sup> y V. Lumbreiras González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada I. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 15 años, NAMC, sin antecedentes de relevancia, acude a Urgencias del centro de Salud refiriendo cuadro de 2 días de evolución con malestar general y astenia, desconfort abdominal, poliuria con polidipsia con franca y pérdida ponderal que estima en 5-6 kg a lo largo de los 4-5 meses previos. Niega sintomatología infecciosa concomitante.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. COC. NH. NC eupneica. TA: 126/90 mmHg. FC: 131 lpm. T<sup>o</sup>: 36,1. SpO<sub>2</sub>: 98%. Glucemia capilar: 450 g/dl. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades dentro de la normalidad. Exploración neurológica con GCS 15 sin focalidad. Derivamos a urgencias hospitalarias para completar estudio tras inicio de sueroterapia, insulina rápida y control de constantes. En análisis, hemograma con leucocitos 14,63 mm<sup>3</sup>, resto sin interés. Bioquímica: glucosa 676 mg/dL, urea 29 mg/dL, creatinina 1,17 mg/dL, sodio 131 mmol/L, potasio 4,1 mmol/L. Gasometría arterial: pH 7,151, bicarbonato real 4,4 mmol/L. Orina: test de gestación y screening de tóxicos negativos. Analítica de control con glucosa 146 mg/dL, urea 14 mg/dl, creatinina 0,67 mg/dL, sodio 144 mmol/L, potasio 3,6 mmol/L. Hormonas: TSH 1,264 UI/mL. HbA1c 12%. Autoinmunidad pancreática positiva. ECG: Ritmo sinusal, con morfología de QRS consistente con bloqueo de rama derecha del Haz de Hiss. Rx tórax: sin hallazgos sugestivos de patología pleural o parenquimatosa aguda.

**Orientación diagnóstica:** Debut diabético con cetoacidosis diabética moderada/grave.

**Diagnóstico diferencial:** Hiperglucemia y glucosuria (en meningitis, accidente vascular cerebral, deshidratación hipernatrémica y sueroterapia intravenosa). Cetoacidosis (en abdomen agudo, intoxicación salicílica e hipoglucemia cetósica recurrente). Cetoacidosis grave (en intoxicación salicílica, coma etílico, meningoencefalitis, síndrome de Reye, coma hipoglucémico, coma hiperosmolar, accidente vascular cerebral y acidosis láctica).

**Comentario final:** Tras ingreso en UCI y Endocrinología, estabilización de la paciente con alta con educación diabetológica y pauta de insulina basal y rápida. El caso pone de manifiesto la importancia de detectar sintomatología de debut para iniciar tratamiento y control adecuado de la enfermedad que supone un cambio de vida cuyo objetivo será disminuir comorbilidad y controlar su evolución.

### Bibliografía

1. Barrero J, Eknayan G: Salutary effects of modest fluids replacement in the treatment of adults with diabetic ketoacidosis. Use in patients without extreme volume deficit. JAMA. 1989;262:2108-13.

**Palabras clave:** Cetoacidosis. Debut. Diabetes.