

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

424/408 - DOCTOR@, ESTOY MUY CANSADO

B. Ortiz Oliva¹, C. Morales Rodríguez² y D. Martín Enguix³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Caleta-Albayda. Granada.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años que se valora en urgencias. Lo trae una hermana que había acudido a visitarlo, por deterioro del estado general. Antecedentes a destacar: esquizofrenia paranoide, adicción a múltiples tóxicos y diabetes mellitus tipo 1 de más de 15 años de evolución (tratamiento con insulina NPH cada 12 h en dosis variables). La familiar nos relata que 4 meses antes abandona su medicación antipsicótica habitual y comienza a consumir cocaína, lo que motiva visita a urgencias al mes siguiente por nerviosismo. Tras ser evaluado por psiquiatría de guardia, se modifica el tratamiento antipsicótico y se da alta domiciliaria. El paciente asociaba la diabetes al tratamiento antipsicótico previo, por lo que abandonó la insulina, a nuestra valoración llevaba 3 meses sin utilizarla. Relatan poliuria (no sabía cuantificar), polidipsia (hasta 7 litros de líquidos, principalmente zumos comerciales y refrescos porque “no le gustaba beber agua”), polifagia (incluyendo múltiples dulces) y pérdida de más de 30 kg de peso. Negaba clínica a otro nivel.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, caquexia, sensación de hambre intensa y deshidratación cutánea. Glucemia capilar "HI". Hemodinámicamente estable. Analíticamente: glu 517 mg/dl, Na 125 mEq/l, K 4,5 mEq/l, pH 7,46, pCO₂ 40,5 mmHg, HCO₃ 29 mmol/l, lact 3,4, mosm 288 mmol/l, ORINA glu 1.000, cuerpos cetónicos negativos. Resto anodino. Se corrigen en urgencias la glucemia y la hiponatremia.

Orientación diagnóstica: Diabetes tipo 1 con pésimo control metabólico.

Diagnóstico diferencial: Cuadro constitucional de origen oncológico, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar.

Comentario final: Es este caso se comentó desde urgencias el caso con Endocrinología, para valorar la actitud a seguir (ingreso en planta de endocrinología para estabilización de glucemias y ajuste de insulinoterapia vs seguimiento ambulatorio), que tras valorar al paciente decidió inicio de insulinoterapia intensiva (insulina glargina 0-0-18 UI + insulina rápida 8-8-8) y coordinación de educación diabetológica y seguimiento del paciente entre Hospital de Día endocrinológico y su centro de Atención Primaria.

Palabras clave: Hiperglucemia. Síndrome constitucional.