

424/3135 - DOCTORA YO PASO... (Y SE NOS PASÓ)

I. Estrada Lázaro y E. Lou Calvo

Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Sector II. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: diabetes tipo 1 en tratamiento con insulina Degludec e Insulina Asparta. Refería seguimiento por endocrinología y hábitos saludables. Acudió a consulta de enfermería sin seguimiento programado. Última cifra de HbA1c 11,2% hace 2 años. Mujer de 28 años que consultó en el centro de salud por fiebre de 3 días, vómitos y dolor perianal. Ante la sospecha de absceso perianal se administró tratamiento antibiótico, antiinflamatorio y cura local. Al día siguiente continuó con fiebre, escalofríos, vómitos persistentes e hiperventilación. No presentaba control glucémico ni insulínico. Se contactó con su médica que, ante la clínica descrita, derivó a la paciente a urgencias del Hospital ante la sospecha de cetoacidosis diabética.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se encontraba consciente y orientada, eupneica en reposo. Taquicárdica y rítmica, sin soplos. Normoventilación. Abdomen anodino. Orofaringe sin alteraciones, otoscopia normal. En glúteo izquierdo flemón de unos 8 cm con pérdida de epidermis. Glucemias capilares en domicilio. Ante cifras superiores a 250 mg/dL, se realizó determinación de cetonuria. En el servicio de urgencias se realizaron gasometría venosa, analítica sanguínea completa, radiografía de tórax, electrocardiograma y TAC abdominopélvico.

Orientación diagnóstica: Pruebas complementarias compatibles con cetoacidosis diabética en relación a infección por gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Complicaciones hiperglucémicas: hiperglucemia simple, cetosis diabética, cetoacidosis diabética y descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica.

Comentario final: La diabetes es una enfermedad crónica que condiciona la calidad de vida de los enfermos, por eso la educación diabetológica, el autocuidado y el autocontrol, son muy importantes para reducir las posibilidades de sufrir complicaciones. Este seguimiento durante la infancia es estricto y adecuado, sin embargo, al alcanzar la adolescencia los controles disminuyen y se pierde seguimiento. Se confía en el autocontrol personal y éstos pueden infravalorar las consecuencias de la enfermedad, lo que conlleva situaciones de mayor riesgo. La responsabilidad que acompaña esta enfermedad es compartida entre enfermo y facultativo.

Bibliografía

1. Torres-Baile JL, Tobalina-García P. Urgencias diabéticas. AMF 2019;15(5):286-8.
2. Colino E. La diabetes en niños y adolescentes. Madrid. Fundación para la diabetes [Consultado 31 Jul 2019]. Disponible en <https://www.fundaciondiabetes.org>

Palabras clave: Diabetes. Cetoacidosis. Adolescencia.