

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

424/590 - HIPERGLUCEMIA

F. Balduvino Gallo¹, E. Quiroz Flores², M. López Cadenas³ y G. Bermejo Alonso⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Laredo. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Asturias. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 86 años con HTA, dislipemia, DM tipo II insulino-dependiente, asma, ictus lacunar; operado de un recambio de bioprótesis aórtica y portador de marcapasos; sin alergias medicamentosas conocidas; acude al servicio de urgencias acompañado por su hijo quien lo encuentra en el suelo de su casa tras estar todo el día intentando comunicarse con su padre sin éxito.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura axilar 35,8 °C, frecuencia cardiaca 113 lpm, tensión arterial 177/71 mmHg, saturación de oxígeno 100%. Mal estado general, adormilado, hiporreactivo pero obedece órdenes sencillas, taquipneico en reposo. Presenta restos de vómito en región peribucal. Auscultación pulmonar de campos anteriores con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos indetectables enmascarados por ruidos respiratorios. Moviliza las cuatro extremidades. Glucómetro: alto, cuerpos cetónicos 7. Analítica: leucocitos 10.300/mm³ con neutrofilia, linfocitos 300/mm³, monocitos 1.100/mm³; Hb 16 g/dl, plaquetas 178.000/mm³; coagulación normal; glucosa 1.168 mg/dl, urea 152 mg/dl, Cr 3,23 mg/dl, sodio 132 mEq/l, potasio 6,5 mEq/l, PCR 2,3 mg/dl. (0,5); gasometría venosa: pH 6,95. Radiografía de tórax, abdomen y TAC craneal sin hallazgos patológicos agudos. Electrocardiograma ritmo de marcapasos con rachas de taquicardia rítmica a 150 lpm.

Orientación diagnóstica: Cetoacidosis diabética grave. El paciente recibe tratamiento urgente con insulina rápida 10 UI iv en bolo + 25 UI en 250 ml de SSF en perfusión más 1.000 ml de SSF a pasar en una hora.

Diagnóstico diferencial: Coma hiperosmolar y otras causas de cetoacidosis en las que la glucemia suele estar baja (alcohólica o por inanición). Acidosis con anión GAP elevado (son elevación de cuerpos cetónicos) Accidente cerebrovascular agudo. Hipoglucemia por ayuno prolongado o dieta rica en grasas. Intoxicación por salicilatos o por metanol. Rabdomiólisis. Para realizar el diagnóstico diferencial debemos fijarnos en el pH (disminuido excepto en ayuno o coma hiperosmolar), glucemia plasmática, glucosuria (positiva si es una cetoacidosis diabética o un coma hiperosmolar), cetonas en plasma, anión GAP (normal si es un coma hiperosmolar), osmolalidad y ácido úrico (estará elevado si hay una dieta rica en grasas o una cetosis alcohólica o rabdomiólisis).

Comentario final: Patología que requiere rápido tratamiento basado en hidratación e insulina. Nuestro paciente es un anciano frágil que vivía solo y nadie vigilaba si tomaba la medicación de forma correcta ni si seguía una dieta adecuada. Ya había estado ingresado por el mismo motivo cuatro meses antes. La

cetoacidosis suele ser más frecuente y más grave en pacientes con DM tipo I.

Palabras clave: Cetoacidosis diabética. Fragilidad del anciano. Hiperglucemia.