

424/880 - UNA GASTROENTERITIS CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA

B. Zafra Olmo¹, I. Espejo Jiménez², A. Fuentes Cruz¹ y A. Amaro García¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años, sin antecedentes de interés, que presenta malestar general con dolor abdominal inespecífico, náuseas y vómitos sin fiebre; refiere que en su clase hay varios compañeros con gastroenteritis. Mantiene buen estado general, la exploración física, tensión arterial (TA) y temperatura son normales, por lo que se pauta suero oral y paracetamol. Al día siguiente, vuelve a consulta por empeoramiento del estado general con poliartralgias y astenia intensa.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Palidez mucocutánea. TA: 116/63 mmHg. Temperatura: 36 °C. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda de epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica normal. Se completa estudio con determinación de glucemia capilar (273 mg/dl) y análisis de orina con resultado de glucosa ++++ y cuerpos cetónicos ++++.

Orientación diagnóstica: Se trata de una hiperglucemia con probable acidosis metabólica asociada haciendo sospechar cetoacidosis diabética en el contexto de un debut diabético (DM1). Se derivó a urgencias hospitalarias donde se solicitó analítica completa y gasometría venosa en la que se evidencia pH de 7,07 con pCO₂: 31,2 y HCO₃: 9,1. Se inicia tratamiento con sueroterapia, bicarbonato y perfusión de insulina hasta estabilización, siendo ingresado, posteriormente, en planta de Endocrinología.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, cuadro abdominal quirúrgico, cetoacidosis por inanición, alcohólica y otras acidosis con aumento del anión GAP.

Comentario final: A pesar de que el cuadro clínico junto con el brote epidémico del instituto orientaba a una gastroenteritis (no presentó síntomas cardinales de diabetes en ningún momento), hemos de tener en cuenta la evolución tórpida del mismo y el estado general de nuestro paciente, que el segundo día vino en silla de ruedas por no poder mantenerse de pie. Aproximadamente, la mitad de los niños y adolescentes diabéticos presentan cetoacidosis diabética en el momento de su diagnóstico. Como médicos de familia, hemos de estar atentos a síntomas de alarma en cuadros que, en principio, no deberían presentar complicaciones y realizar una anamnesis y exploración física completa con toma de constantes siempre que sea necesario.

Bibliografía

1. Céspedes C, Bustos C. Manejo de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. Revista Endocrinología Nutrición. 2008;55(7):289-96.

Palabras clave: Debut diabético. Cetoacidosis diabética. Diabetes mellitus.