

## 424/2972 - OBNUBILACIÓN EN EL TRABAJO

O. Morales Encuentra<sup>1</sup>, M. Fernández Ortega<sup>2</sup>, L. González Ferreira<sup>3</sup> y B. Lluna Peralta<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres. Burgos. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Torres. Burgos. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud los Cubos. Burgos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 43 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos. Diabético tipo I con mal control metabólico en tratamiento con insulina y retinopatía proliferativa panfotocoagulada. Es traído a urgencias por el 112, siendo encontrado con cuadro de obnubilación en el contexto de hipoglucemia, 37 mg/dl, que aún ser remontada, persiste síndrome confusional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. TA 144/86. FC 88. T<sup>a</sup> 34,4 °C. Sat%O<sub>2</sub>: 98% basal. Pares craneales conservados. Maniobras antigravitatorias negativas, no alteración de la sensibilidad táctil. Sin dismetrías. NIHSS: 6 .Déficit moderado. Afasia mixta-moderada grave: no nomina (salvo parafasias), no repite, comprende órdenes sencillas aisladas, dificultad para semi-complejas e imposibilidad para complejas. Cuadranopsia inferior derecha. Como pruebas complementarias se solicitaron glucemia capilar: 140 mg/dl, analítica: normal, electrocardiograma: ritmo sinusal, P y PR normales, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización, TAC sin contraste: sin lesiones, se contactó con los neurólogos de guardia, solicitaron TC de arterias supraórticas: sin alteraciones en urgencias y se ingresó al paciente a cargo del servicio de neurología quienes realizaron RMN la cual fue normal.

**Orientación diagnóstica:** Neuroglucopenia secundaria a hipoglucemia grave recuperada.

**Diagnóstico diferencial:** Intoxicación por drogas, Ictus isquémico en territorio de ACM izquierda.

**Comentario final:** Durante su estancia hospitalaria en el servicio de Neurología, ante la sospecha de ICTUS se le realizó fibrinólisis con evolución favorable permitiendo el alta. Al alta se ajustó el tratamiento y se derivó al médico de atención primaria para insistir en la adherencia terapéutica, explicar al paciente la sintomatología de la hipoglucemia su identificación, como evitarla y pautas a seguir si la tuviera. Control de los factores de riesgo cardiovascular mediante análisis y medidas higiénico-dietéticas con el objetivo de conseguir una hemoglobina glicosilada adecuada, a día de hoy 8,6%, y controlar otras enfermedades derivadas de su patogenia como la nefropatía diabética o neuropatía diabética.

### Bibliografía

1. Silva Vaca CP, García-Pozuelo Adalia N. Complicaciones agudas de la diabetes. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8<sup>a</sup> ed. España: MSD; 2016. p. 1271-87.

**Palabras clave:** Hipoglucemia. Afasia. Obnubilación.