



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

312/65 - VIEJAS RUTAS, NUEVOS CAMINOS

(1) Hormigo Pozo, Antonio; (2) Crespo Cañete, Marina; (3) Caso Jarrillo, Cristina; (4) Sadik, Ilham; (5) Berruguilla Pérez, Enrique; (6) Jiménez Varo, Enrique.

(1) Médico de Familia. UGC Puerta Blanca. Málaga; (2) Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz; (3) FEA Laboratorio. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz; (4) Médico Residente de 1er año de Análisis clínicos. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz; (5) FEA Laboratorio. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz; (6) Médico Residente de 2º año de Análisis clínicos. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años. Antecedentes de Diabetes gestacional en los dos últimos embarazos. Obesidad grado 1.

Exploración y pruebas complementarias: -Análisis de rutina: glucemia 215 mg/dl. -Análisis diagnóstico, un mes después: glucemia 191 mg/dl, HbA1c 8,5%, HbA1d (HbA1c lábil) 2,2%, TG 239 mg/dl, Cr 0,6 mg/dl, FGe 115 ml/min, péptido C 3,26 ng/dl, Hb 12,7 g/dl. Resto sin alteraciones. Glucosuria y cetonuria negativa. Se inicia tratamiento con Metformina (MET) 500 mg en cena y se añade Empagliflozina (EMPA) 10 mg en desayuno. -A la mañana siguiente: glucemia capilar 168 mg/dl con glucosuria 4+. Se repite en 7 días glucemia 148 mg/dl, HbA1c 8,4%, HbA1d (lábil) 1,8%, glucosuria 4+. Se aumenta MET a 1000 mg/día y se continúa EMPA 10 mg/día. -Se repite en 7 días: glucemia 126 mg/dl, HbA1c 8,3%, HbA1d (lábil) 1,7%, Glucosuria 4+. Peso 74 Kg. Se aumenta MET a 1500 mg/día y continúa EMPA 10 mg/día. -Se repite en 14 días: glucemia 134 mg/dl, HbA1c 7,8%, HbA1d (lábil) 1,8%, Glucosuria 4+. Peso 73 Kg. Tomaba MET a 2000 mg/día y EMPA 10 mg/día. Por un error llevaba tres días sin tomar MET.

Juicio clínico: Debut Diabetes Mellitus tipo 2.

Diagnóstico diferencial: Diabetes gestacional. Intolerancia hidratarbonada.

Comentario final: Se trata de un debut DM2 en una mujer joven, que viene a demostrar el altísimo riesgo de padecer DM2 en edad precoz que presentan aquellas mujeres que han tenido DM Gestacional. El efecto terapéutico de los ISGLT2, en este caso EMPA, es muy precoz, en horas la paciente presenta glucosuria. Esta característica puede ser utilizada en pacientes que debutan con niveles elevados de glucemia. Habitualmente para realizar un control de la evolución de la DM2 se deben esperar tres meses para evaluar un cambio en la HbA1c. La HbA1d es un precursor de la HbA1c y nos da información sobre los cambios en la glucemia en las últimas horas.

Bibliografía

-Song C, Lyu Y, Li C, Liu P, Li J, Ma RC, Yang X. Long-term risk of diabetes in women at varying durations after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis with more than 2 million women. *Obes Rev.* 2018;19(3):421-9.

-Ferrannini E. Sodium-Glucose Co-transporters and Their Inhibition: Clinical Physiology. Cell Metab. 2017;26(1):27-38.

Palabras clave: Debut diabetes. HbA1c. Diabetes gestacional. HbA1d