



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

## 395/10 - ¿DIABETES? IMPOSIBLE, MI HIJO ES DEPORTISTA

R. Salmerón Latorre<sup>1</sup>, L. Ballesteros Lechuga<sup>2</sup>, M. Rivas de la Torre<sup>1</sup>, M. Almenara Abellán<sup>1</sup>, A. Moreno Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar, Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 12 años. NAMC y AP de asma y sensibilización a neumoalérgenos, en tratamiento con antihistamínicos y broncodilatador a demanda. Acude al Servicio de Urgencias hospitalarias acompañado de sus padres por dolor abdominal intenso, vómitos y decaimiento desde hace 12 horas. Refiere la madre pérdida ponderal de 18 Kg en 9 meses, polidipsia, poliuria y enuresis nocturna secundaria, que atribuye al aumento de actividad física. Hace una semana extracción analítica en su centro de salud sin recogida de los resultados.

**Exploración y pruebas complementarias:** MEG, somnoliento, taquipneico, palidez cutánea, ojos hundidos y mucosas secas, no exantemas ni petequias. Talla 159 cm. Peso 35 Kg. Afebril. ACR: normal. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, no masas ni megalias, no signos de peritonismo. Miembros inferiores: normal. Neurológico normal. Analítica sanguínea: hemograma normal, glucemia 713 mg/dl, Na 129 mEq/L, K 5,1 mEq/L, gasometría venosa: pH 6,8, pCO<sub>2</sub> 29, HCO<sub>3</sub> 4,7, EB -29, lactato 3,4. Urianálisis: glucosa 4+, cuerpos cetónicos 4+. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm. Rx tórax: normal. Tratamiento: rehidratación intravenosa, perfusión de insulina a 0,1 UI/Kg/h y bolo de bicarbonato 1M. Traslado a UCI Pediátrica, donde evoluciona favorablemente, pasando a planta de Pediatría y dado de alta a la semana. El paciente y su familia reciben educación diabetológica durante el ingreso y se prescribe terapia bolo-basal. Controles posteriores en Consultas Externas de Pediatría, con buenos controles de glucemia y HbA<sub>1c</sub> 5,8-6%.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética grave. Debut diabético, probable diabetes mellitus tipo 1.

**Diagnóstico diferencial:** Estado hiperglucémico hiperosmolar, meningoencefalitis, abdomen agudo...

**Comentario final:** La DM tipo 1 es la causa más frecuente de DM entre niños y adolescentes. Su diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para evitar la morbilidad aguda y prevenir complicaciones crónicas. No existen actualmente intervenciones que hayan demostrado prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad, por lo que no se recomienda cribado de anticuerpos, genes de predisposición, ni ninguna intervención en fase preclínica fuera de estudios de investigación. Debe insistirse en recordar los síntomas cardinales de la DM para consultar precozmente ante su aparición.

### Bibliografía

Rodríguez Contreras J, González Casado I. Manejo y seguimiento del niño diabético. Pediatría Integral. 2015;19(7):456-66.

**Palabras clave:** Cetoacidosis. Diabetes mellitus tipo 1.