



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

395/32 - LA DIABETES VIENE SIN HORA

F. Burdalo Carrero¹, L. Santos Béjar², W. Reynoso Heinsen², C. Moreno Prieto³, M. Sánchez Oropesa⁴, K. Quintana Reyes⁵

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo, ²Médico de Familia. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo, ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Olias del Rey. Toledo, ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Villaluenga de la Sagra. Toledo, ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Illescas. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, obesa, sin antecedentes de interés, presentaba disuria y dolor abdominal en hipogastrio de 3 días de evolución, afebril. Se realizó tira de orina, compatible con infección del tracto urinario (ITU), donde destacaba glucosuria marcada, se obtuvo una glucemia capilar de 217 mg/dl. La paciente asociaba polidipsia, poliuria y nicturia, con pérdida de 10 kg el último año sin disminución del apetito ni otra sintomatología. Se pautó tratamiento para ITU y dado que cumplía criterios diagnósticos de diabetes (DM), se inició tratamiento con metformina, solicitando analítica y derivando a enfermería para educación sanitaria. Tras no tolerar metformina, cambiamos a dapagliflozina e insulinizamos con terapia bolo-basal al tener una HbA1c > 10% en la analítica solicitada. Tres meses después del debut diabético presentaba buen control glucémico, por lo que se retiró insulina, continuando solo con antidiabéticos orales.

Exploración y pruebas complementarias: Debut: TA 130/80. FC 68. 88,5 kg, IMC 33,72. Buen estado general. Dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha sin defensa, masas ni visceromegalias. Puño percusión renal bilateral no dolorosa. Orina: leucocitos 2+, nitritos +, glucosa 4+, cetonas +. Urocultivo: E. coli. Bioquímica: glucemia 222 mg/dl, HbA1c 10,6%, LDL 115 mg/dl. Glucosuria 300 mg/dl, nitritos positivos. Postratamiento: 86,8 kg, IMC 32,27, glucemia 121 mg/dl, HbA1c 6,8%.

Juicio clínico: Debut DM tipo 2, ITU en paciente DM.

Diagnóstico diferencial: Diabetes tipo LADA, diabetes insípida.

Comentario final: La DM puede ser una patología silente que podemos diagnosticar casualmente en el contexto de una ITU, que, a su vez, es más frecuente y susceptible a complicaciones en diabéticos. Esta mayor incidencia se favorece por la disfunción vesical por neuropatía, glucosuria y edad avanzada. Insulinizando transitoriamente en un debut diabético de paciente joven conseguimos mejorar los síntomas cardinales y la glucotoxicidad, volviendo a terapia oral al alcanzar los objetivos.

Bibliografía

López Cortés LE, et al. Insulinización intensiva de choque en el debut de la diabetes mellitus tipo 2, seguida de tratamiento oral posterior. Av Diabetol. 2010;26:189-91. Artola Menéndez S. Inicio de Insulinización. Diabetes Práctica. 2017;08(Supl Extr 4):9-11.

Palabras clave: Glucosuria, Dolor abdominal, Diabetes mellitus tipo 2.