



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

## 395/19 - LO QUE EL ZÓSTER ESCONDÍA

M. Márquez Salaverri<sup>1</sup>, R. Luján Martínez<sup>2</sup>, M. González María Dolores<sup>3</sup>, Á. Lirón García<sup>1</sup>, M. García Aparicio<sup>4</sup>, M. Zarza Arribas<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Algar, Murcia. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. <sup>3</sup>Médico 061. Murcia. <sup>4</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia. <sup>5</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Algar, Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 16 años que acude a urgencias por herpes zóster en la espalda de dos semanas de evolución. Su médico de cabecera le ha pautado brivudina e hidroxizina, pero el paciente refiere que se ha ido extendiendo y que siente náuseas cada vez que las toma. Interrogando al paciente, refiere pérdida de 12 kilogramos en las dos últimas semanas sin otra sintomatología. Se encuentra estresado en plena época de exámenes. No antecedentes personales de interés ni tratamiento crónico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, constantes vitales estables. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Orofaringe: de características normales. No se palpan adenopatías. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. Piel: lesiones cutáneas vesiculoso-eruptivas sobre base eritematosa diseminadas por hemitórax derecho y espalda desde T12 aproximadamente hasta glúteos sin signos de infección. Analítica: glucosa 747, creatinina 1,14, sodio 130, cloro 86, PCR 0,43, hemoglobina: 17,1 g/dL, VCM: 79,8 fL. Sin alteraciones en la serie blanca. Gasometría venosa: pH 7,21, HCO<sub>3</sub> 12,4, excesos de bases -13,9 lactato 1,2. ECG: rítmico a 91 lpm con QRS estrecho, eje normal y sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: Silueta cardiaca sin cardiomegalia, hilio derecho engrosado.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética.

**Diagnóstico diferencial:** Alteración en la serie blanca. Diabetes mellitus. Inmunodeficiencia.

**Comentario final:** Tras los resultados de la analítica se vuelve a interrogar al paciente, esta vez, confiesa que durante estos últimos días ha orinado más. Su familiar también refiere que ha tenido más hambre que de costumbre. Se pauta perfusión de insulina con suero glucosado, disminuyendo cifras de glucemia y se decide ingreso en el servicio de Endocrinología para estudio de diabetes de debut e insulinización. Con este caso clínico queremos destacar la importancia de una historia clínica completa. En un principio, solo llamó la atención la pérdida de peso en poco tiempo y se indicó una analítica buscando una alteración totalmente distinta a la que se encontró. Tras rehistóriar al paciente y el parámetro analítico, se confirmó un diagnóstico que hubiera pasado inadvertido si no hubiéramos indagado.

### Bibliografía

American Diabetes Association. Children and adolescents. Diabetes Care. 2017;40(Suppl 1):S105-13.

**Palabras clave:** Cetoacidosis. Diabetes. Zóster.