



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 349/23 - ANDARSE CON OJO

M. Aparicio Castaño<sup>1</sup>; J. Mazuecos Fernández<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Los Barreros. Murcia.; <sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años, DM en tratamiento con sitagliptina, ceguera residual a una meningitis en la infancia y sin otros antecedentes, acude con su cuidadora por náuseas y vómitos sin diarrea sin productos patológicos, líquida, sin fiebre asociada, con dolor abdominal difuso, de varios días de evolución. Inicialmente se cataloga como gastroenteritis aguda y únicamente se trata con probióticos comerciales. Al 4º día vuelven a la consulta; su cuidadora la ve desde por la mañana decaída, estando en su estado basal el día anterior. Además, según cuenta, esa misma mañana se había quejado de un dolor abdominal muy importante, mayor que el resto de días, localizado en región centroabdominal, ya sin nuevos episodios de vómito ni diarrea. En el centro de salud se realiza glucemia capilar, que da error por cifras elevadas, por lo que se deriva a urgencias generales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general, Tª 36º TA 170/80, pulsos radiales presentes y simétricos. Somnolencia, apertura ocular a la voz, Glasgow 11. Eupneica en reposo. No sudorosa. AC rítmica sin soplos. AP: murmullo conservado sin añadidos patológicos. Abdomen doloroso de forma generalizada a la palpación, mas en región centroabdominal, RHA presentes. MMII sin edemas distales ni signos de TVP. No lesiones cutáneas visibles. ECG taquicardia sinusal a 100 lpm sin alteraciones del segmento ST, glucemia capilar 426; en urgencias: Gasometría arterial: ph, HCO<sub>3</sub>, Glucemia 422. Orina: Cetonuria+++, tóxicos negativos. Bioquímica: función renal normal, PCR 0.8. Hemograma: 25000 leucocitos sin neutrofilia. Fibrinogeno 600. TUS 500.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética.

**Diagnóstico diferencial:** Intoxicación farmacológica. Coma hiperosmolar. Sepsis de origen abdominal. AIT-Ictus.

**Comentario final:** La cetoacidosis diabética es una complicación tanto de la diabetes mellitus tipo 1 como de la tipo 2. La historia clínica y la exploración física son fundamentales para intentar identificar el factor precipitante, que la mayoría de las veces son infecciones. A veces, su diagnóstico se retrasa y empeora su pronóstico, como ocurre en personas mayores o cuando el paciente se presenta con sepsis o un infarto.

## Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Estopiñán García V et al. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la cetoacidosis diabética en el paciente adulto. *Endocrinol Nutr* 2006; 53(Supl 2): 14-6.

21. Boix, C. Pardo, A. López y A. Picó. Cartas al director: Cetoacidosis diabética en diabetes mellitus tipo 2: a propósito de un caso. *Endocrinol Nutr* 2002;49(1):20-21.