



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 249/15 - DESCUBRIR LA ETIOLOGÍA PUEDE SER VITAL

R. Viloslada Muñiz<sup>a</sup> e I. García Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias.<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 67 años no fumador, no hipertenso ni dislipémico, DM tipo 2 a control con medidas higiénico-dietéticas y neoplasia de recto inferior T3N1 en remisión gracias a tratamiento quimioterápico y quirúrgico. Acudimos a domicilio por cuadro de 72 horas de evolución con sensación de embotamiento cefálico, glucemias persistentes superiores a 400 mg/dl y desde hace 48 horas vómitos y heces líquidas sin productos patológicos sin mejoría pese a metoclopramida y ondasetron. Ante todo ello se decide remitir a urgencias del hospital por sospecha de cetoacidosis diabética.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración en domicilio: obnubilado, responde a estímulos verbales y dolorosos e hiperventilación marcada. Glucemia capilar: 500 mg/dl. GSC: 13. Febril con mala perfusión acra. ACP: normal. Abdomen blando, depresible no dolor ni megalias a la palpación tampoco defensa ni signos de peritonismo. Se observan heces líquidas de aspecto normal en colostomía. A su llegada al hospital el paciente se encuentra estuporoso y responde a estímulos verbales, resto de exploración por aparatos sin cambios. Bioquímica: glucosa 735, FGR 18, CR 3,68 y urea 168. Sodio 126 y potasio 6,58. PCR 8,68. Hemograma: 1.500 leucocitos (segmentados 16%, linfocitos 52%, cayados 26%). Tasa de protrombina 48,1%; gasometría venosa: pH 7,210; sistemático y sedimento de orina: glucosuria severa con cuerpos cetónicos.; radiología tórax y abdomen: normales. Tomografía computarizada (TC) cerebral: sin hallazgos; TC abdominal con contraste: isquemia intestinal hasta duodeno.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética, se inicia tratamiento de soporte con fluidoterapia, insulina, reposición hidroelectrolítica y monitorización del paciente. A pesar de ello el paciente no presenta mejoría, se re-evalúa por disminución marcada del nivel de conciencia con Glasgow score de 10 por lo que se decide realizar TC craneal, siendo normal, y nueva analítica con gasometría, objetivándose un empeoramiento en todos los parámetros. En ese momento se comenta el caso con el uvista de guardia que recomienda la realización de un TC de abdomen por los antecedentes del paciente, en dicha prueba se objetiva isquemia intestinal hasta duodeno, con estos resultados se decide de acuerdo con la familia manejo paliativo del paciente. En resumen: cetoacidosis diabética secundaria a isquemia intestinal.

**Comentario final:** La importancia de perseverar en la búsqueda de la causa príncipe de la cetoacidosis diabética para realizar un tratamiento enfocado a ello.

### Bibliografía

1. Salguero Abrego B, Araujo Márquez L, Gamero Samino MJ. Cetoacidosis Diabética. En: Resurgencias. Madrid. Ediciones Semergen, 2016. p. 217-20.