Semergen. 2017;43(Espec Congr 5):56

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

249/17 - LA DIABETES MELLITUS SECUNDARIA AL TRATAMIENTO GLUCOCORTICOIDEO

C. Novillo López, W. Elgeadi Saleh, N. Guerrero Lugo y E. García García

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años con antecedentes de fibrilación auricular, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución en tratamiento con dos antidiabéticos orales (metformina + repaglinida) y buen control glucémico. Ingresa en neumología por neumonía bilobar precisando tratamiento con corticoides sistémicos. En el control analítico posterior al alta se objetiva una glucemia basal de 300 mg/dl, iniciando tratamiento con insulina levemir y rescates. A pesar de un seguimiento estrecho y reajustes en la pauta de insulinización, persiste mal control glucémico precisando de forma sistemática rescates preprandiales. Sustituimos por insulina mixta 50/50 (14-0-12) para mayor comodidad de la paciente. No obstante continúa con descompensación hiperglucémica y hemoglobina glicada (HbA1c) del 10%. Reintroducimos insulina levemir (18 unidades) y aumentamos paulatinamente la insulina mixta 50/50 hasta llegar a 24-24-20 unidades, con mala respuesta y ascenso de HbA1c 11,6%. Dado el mal control que presenta la paciente y poca respuesta a la insulina y habiendo descartado mal cumplimiento terapéutico, se decide consulta electrónica con endocrino que recomienda incrementar las unidades de insulina mixta 50/50 26-26-20 e insulina lenta Levemir a 22 unidades, asociando albiglutida 30 mg a la semana. A los cinco meses la paciente presenta hba1c de 8,6% con importantes hipoglucemias posprandiales. Reducimos la dosis de Novomix 50/50 20-20-18 y sustituimos la insulina Levemir por una insulina con menor acción hipoglucemiante 18 U (tresiba). Actualmente la paciente tiene buen control glucémico sin hipoglucemias y una HbA1c del 7,4%.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 76 kilogramos. Índice de masa corporal: 24. Exploración neurológica y fondo de ojo: sin alteraciones. Analítica de control al alta del ingreso en neumología: glucemia basal 305 mg/dl, HbA1c 10%, creatinina 0,89 mg/dl, proteinuria: negativa. Analítica actual: glucemia basal 124 mg/dl, HbA1c 7,4%, creatinina 0,72 mg/dl, proteínas en orina: negativas.

Juicio clínico: Descompensación hiperglucémica de diabetes mellitus no insulinodependiente en contexto de tratamiento glucocorticoideo.

Comentario final: La hiperglucemia es uno de los efectos adversos más conocidos de los glucocorticoides sistémicos, afectando a la práctica totalidad de los pacientes con diabetes previa o precipitando la «diabetes esteroidea» en pacientes no diabéticos. La dosis y la duración del tratamiento están directamente relacionados con la hiperglucemia inducida por glucocorticoides presentando una elevada prevalencia en la práctica clínica, empeorando el pronóstico de la enfermedad de base. En general, la eficacia de los hipoglucemiantes orales en el tratamiento de la hiperglucemia inducida por glucocorticoides es limitada, mientras que la insulina ofrece un inicio de acción inmediato, potencia hipoglucemiante ilimitada y una fácil y rápida

titulación de la dosis. Se trata de un área infravalorada por la mayoría de profesionales, tanto por lo que refiere al diagnóstico como, sobre todo, al tratamiento. Con escasa bibliografía disponible y ausencia de evidencia científica sobre las repercusiones clínicas y las estrategias para el diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Hirsch IB, Paauw DS. Diabetes management in special situations. Endocrinol Metab Clin North Am. 1997;26:631.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.