



264/11 - CLÍNICA SIMULADORA: ICTUS VERSUS HIPOGLUCEMIA

V. Correa Gómez^a y G. Oualy Ayach Hadra^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Aviso a domicilio a médico de familia. Motivo de consulta malestar general. Mujer de 78 años, alérgica a metamizol con antecedentes personales de diabetes, demencia frontotemporal y Parkinson. En tratamiento con glimepiride, levodopa/carbidopa y rivastigmina. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria y vida cama-cama. Viuda. Los cuidadores principales son un hijo, que vive en mismo domicilio, y una hija. La mujer no colabora en la anamnesis, un hijo informa que desde anoche la han notado inquieta y con malestar general por lo que decidieron pedir cita con su médico de familia. Últimamente está comiendo menos, se niega a realizar ingesta alguna, y hoy no ha desayunado. Desde hace media hora presenta desconexión del medio junto a mirada fija y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: En exploración neurológica se aprecia mirada fija y pérdida total de fuerza de hemicuerpo izquierdo. No hay desviación de la comisura bucal. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Se toman las constantes descubriéndose una glucemia capilar de 35 mg/dl.

Juicio clínico: Se diagnóstica de hipoglucemia y rápidamente se comienza a tratar con azúcar disuelta en agua administrada por una jeringa y se traslada a centro hospitalario para administrar suero glucosado al 10%. Tras la administración: glucemia 182 mg/dl, moviliza las 4 extremidades y la exploración neurológica es normal. Se investiga sobre la toma de antidiabéticos orales (ADO) para mantener en observación realizando controles glucémicos periódicos durante su tiempo de acción; la última toma de glimepiride fue ayer tarde y tiene una vida de 24 horas.

Diagnóstico diferencial: La primera sospecha ante la presencia de esa clínica es la de un ictus cerebral, pero rápidamente se descarta al tomar las constantes. Sorprende como una hipoglucemia puede dar una clínica neurológica que simule tan bien un ictus.

Comentario final: La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de los diabéticos, a causa de un desequilibrio entre tratamiento antidiabético y el aporte calórico o ejercicio físico. Puede dar lugar tanto a síntomas adrenérgicos y colinérgicos, como neurológicos, con la aparición de focalidad neurológica. En los casos de pacientes diabéticos con mínima actividad física e ingesta alimentaria, debido a enfermedades incapacitantes, hay que replantearse la necesidad de mantener tratamiento antidiabético ante el riesgo de hipoglucemias.

Bibliografía

1. Caballero-Corchuelo J. Efectos neurológicos de la hipoglucemia en el paciente diabético. *Revista Neurología*; 2016;63:262-8.
2. Mezquita-Raya P, et al. Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Documento de posicionamiento: evaluación y manejo de la hipoglucemia en el paciente con diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* (2013);60(9):517.e1-517.e18