



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/681 - LA HIPERGLUCEMIA: UN TESTIMONIO INOCENTE

L. Pont Serra^a, A. Junyent Bastardas^a, M.Q. Lorente Márquez^a, R.A. Hernández Ríos^a, M. Ascorbe García^a, M. Hernández Ribera^b, M.E. del Junco Rodríguez^c, L. Valls Cassi^d, C. Vilardell Vila^e y A. Gutiérrez Espinal^e

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. ^cMédico Residente de Familia. Centro de Salud Suria. Barcelona. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa. ^eEndocrinólogo. Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 53 años, natural de Rumanía, ex fumador, obeso, con antecedentes de gastritis. Derivado a urgencias por cuadro de prelipotimia posterior a ejercicio físico y cefalea. Se detecta hipotensión y glucemia de 330 mg/dl. No se conocía diabético ni presentaba síndrome hiperglucémico. Se realizan pruebas complementarias para descartar posibles causas del episodio lipotímico siendo negativas. Estando estable y siendo la hiperglucemia con cetonuria la única alteración que se detecta, el manejo se focaliza en el tratamiento de la misma. En urgencias presenta cuadro de vegetatismo, hipotensión, sudoración, palidez cutánea y malestar general. Al re-interrogarlo describe sensación de llenado del estómago y re-agudización de gastritis en 48h previas. Nueva analítica detecta caída de 5 puntos de Hbg/dl. Ante la sospecha de hemorragia se solicita un TAC abdominal que confirma sangrado gástrico.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA: 130/93, FC: 106 lx', FR: 16 rpm, glucemia: 330 mg/dL, glucocetonuria +. Consciente, orientado, resto exploración anodina. Rx tórax, ECG, sedimento orina y analítica sin alteraciones. Troponina negativa, D-dímero negativo. Segunda analítica: hemoglobina 8. TAC: dilatación gástrica e imagen compatible con presencia de coágulos hemáticos en el interior de la cámara gástrica. Endoscopia digestiva: ulcus antral.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta por ulcus gástrico e hiperglicemia cetósica.

Diagnóstico diferencial: 1. TEP. 2. Infarto agudo de miocardio. 3. Shock cardiogénico por trastorno del ritmo cardíaco. 4. Shock séptico. 5. Foco infección potencialmente relacionado con 4 (infección: respiratoria, urinaria, cutánea).

Comentario final: La alta prevalencia de DM en nuestro medio motiva que la hiperglucemia en muchas ocasiones pueda ser una alteración acompañante no relacionada con el cuadro clínico principal. No debe descuidarse el tratamiento de la DM, pero es imprescindible no perder de vista el motivo de consulta principal y re-valorar a los pacientes a pesar de un estudio inicial negativo.

Bibliografía

1. Soriguer F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the

Di@bet.es Study.

2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;87:4-14.

Palabras clave: *Hiperglucemia cetósica. Hemorragia digestiva alta.*