



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2190 - ¿QUÉ LE PASA A MI HIJO?

S. Herreros Juárez<sup>a</sup>, E. Ruíz García<sup>a</sup>, M. Serna Martínez<sup>a</sup>, J. Ballesta Lozano<sup>a</sup>, S. Hernández Baño<sup>a</sup>, M. Solana Palazón<sup>a</sup>, A. del Pozo Pérez<sup>b</sup>, D. Oñate Cabrerizo<sup>c</sup>, L.M. González Torres<sup>d</sup> y M. Vigil Velis<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Internista. Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>e</sup>Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 12 años, sin antecedentes médico quirúrgicos, que consulta por vómitos de 36 horas de evolución sin restos patológicos. La familia refiere que lo encuentran más adormilado y se ha orinado encima en un par de ocasiones. No alteración de hábito intestinal. No fiebre ni otra sintomatología acompañante en resto de anamnesis por aparatos.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/57 mmHg. FC 121 lpm. SatO<sub>2</sub> 100%. Glucemia capilar: error. Somnoliento. Glasgow 13. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extra tonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: depresible, blando. No doloroso a la palpación. Peristaltismo aumentado. Sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos hipoplásicos. NRL: sin focalidad. MMII: pulsos presentes y simétricos. Sin signos de TVP. ECG: RS a 100 lpm eje 60 BIRHH sin alteración en repolarización. Bioquímica: glucosa 1.120 mg/dL, urea 74 mg/dL, Cr 1,71 mg/dL, PCR 8 mg/dL, amilasa 137 mg/dL, Na 129 mmol/L, K 5,1 mmol/L. Hemograma: leucocitos 21.300 (N 18.100), Hb 14,2 g/dL, plaquetas 290.000. Coagulación: normal. Gasometría venosa: pH 7,006, pO<sub>2</sub> 31, pCO<sub>2</sub> 27, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 6,6.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética. Diabetes mellitus tipo 1 de debut.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda. Cetoacidosis alcohólica. Pancreatitis aguda. Neurológicas: hipertensión intracraneal, migraña.

**Comentario final:** Tras los resultados de exploración y pruebas complementarias se administró perfusión de insulina rápida y bicarbonato. A la vez que comentamos caso con UCI de hospital de referencia que aceptó su traslado. En UCI se mantuvo tratamiento con bomba de insulina y sueroterapia las primeras 24 horas, junto a bicarbonato hasta normalización de pH. Actualmente se encuentra en seguimiento por Endocrino de zona y pendiente de estudio de posible hipogonadismo.

## Bibliografía

1. Jiménez ML, Palomares OR, Bajo FI, et al. Cetoacidosis diabética. En Jiménez ML, Montero PFJ. Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona: Elsevier, 2015:459-62.
2. Origüen SJ, Partida MML. Complicaciones agudas de la diabetes. En: Aguilar RF, Bisbal PO,

Gómez CC, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: MSD, 2012:1027-39.

**Palabras clave:** *Debut diabetes mellitus. Acidosis metabólica.*