



## 249/58 - INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (ISGLT2) COMO CAUSA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTE DIABÉTICO MELLITUS TIPO II

R. Pérez Caserío<sup>a</sup>, E. Berdún González<sup>a</sup> y M. García Estrada<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Área Sanitaria IV-Oviedo, Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se presenta el caso clínico de un varón de 70 años con los siguientes antecedentes personales: fumador activo de alrededor de 1-2 paquetes de cigarrillos diarios, sin otros hábitos tóxicos y con función cognitiva conservada, diagnosticado de diabetes mellitus (DM) tipo II en 2004 con buen control metabólico (última Hb1Ac de 7,8% en octubre de 2016), de hipertrofia benigna de próstata y de enfermedad de Peyronie. Su padre y su abuela paterna también padecían DM tipo II. Sigue tratamiento con glimepirida 2 mg (0-1-0) y sitagliptina/metformina 50/100 mg (1-0-1) desde hace varios años, a lo que se añadió recientemente empagliflozina 10 mg (1-0-0). Acude a servicio de urgencias por cuadro de astenia, disnea y fiebre de 48 horas de evolución, acompañado de tos con abundantes secreciones blanquecinas. Refiere además polaquiuria con intensa sed en días previos, así como incontinencia urinaria con urgencia miccional de nueva aparición. Describe también dos episodios de vómitos alimenticios en las últimas horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física únicamente sobresale una taquipnea en reposo y algún roncus diseminado a la auscultación pulmonar. En la analítica destaca: glucosa 247 mg/dl y PCR 30,6 mg/dl. Tenía proteínas, glucosa, bilirrubina y cuerpos cetónicos en orina. En la gasometría arterial llama la atención: pH 7,08, pCO<sub>2</sub> 14 mmHg, pO<sub>2</sub> 186 mmHg, bicarbonato 8,8 mmol/l y un exceso de bases -25,8 mmol/l. La cetonemia capilar era de 6,8 mg/dl. La radiografía de tórax era normal.

**Juicio clínico:** Ante signos claros de acidosis metabólica severa, se diagnostica al paciente de cetoacidosis diabética (CAD) en probable relación con la toma de empagliflozina, en el contexto de un evento descompensante como es su infección respiratoria. se decide ingreso para instaurar fluidoterapia, bicarbonato e insulina intravenosa (suspendiendo los antidiabéticos orales) tras lo cual se evidencia gran mejoría, por lo que posteriormente se introduce dieta, se cambia a insulina subcutánea con tres dosis de mezcla y a los pocos días es dado de alta a su domicilio.

**Comentario final:** La CAD es una complicación grave asociada a la DM tipo I, que se acompaña habitualmente de hiperglucemias marcadas. Sin embargo, se han notificado casos graves de CAD con cifras de glucemia inferiores a 250 mg/dl en pacientes diabéticos tipo II que estaban siendo tratados con los ISGLT2. Aunque el mecanismo por el que los ISGLT2 producen CAD no está establecido, sí parece existir una asociación temporal, ocurriendo muchos de los casos en los

primeros meses de tratamiento. Por ello, es importante que ante un paciente tratado con dichos fármacos, que comience con sintomatología inespecífica asociada a niveles de glucemia menores de 250 mg/dl se considere la posibilidad de CAD y se realice una determinación de cetonemia.

### **Bibliografía**

1. La fda advierte que el uso de inhibidores del SGLT2 para la diabetes puede provocar una grave concentración de ácido en la sangre. Comunicado de la Food and Drug Administration (FDA) sobre la seguridad de los medicamentos. 2015.
2. Recomendaciones sobre el riesgo de cetoacidosis diabética asociada al uso de canagliflozina, dapagliflozina y empagliflozina. Comunicado de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2016.