



Avances en Diabetología



P-139. - DISAUTONOMÍA CARDIOVASCULAR GRAVE EN DIABÉTICA TIPO 1 CON NEUROPATÍA PERIFÉRICA SIN OTRAS COMPLICACIONES CRÓNICAS ASOCIADAS

E. González Rodríguez^a, M.D.P. Alberiche Ruano^a, A. Ojeda Pino^a, D. Marrero Arencibia^a, R.M. Sánchez Hernández^b, X. López Mérida^a y J. Nóvoa Mogollón^a

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ^bHospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La disautonomía cardiovascular (DCV) es una complicación infradiagnosticada de la diabetes mellitus (DM) que puede resultar invalidante y que aumenta sustancialmente la mortalidad. Presentamos un caso inusual de una paciente joven con DM1 con DCV grave y neuropatía periférica sin ninguna otra complicación.

Caso clínico: Paciente mujer de 31 años acude a consulta refiriendo hipotensión ortostática invalidante de dos años de evolución. Padecía diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de 16 años de evolución con mal control crónico (HbA1c 11%) en tratamiento con insulina premezclada en tres dosis. Otros antecedentes personales: uveítis anterior unilateral, parotiditis de repetición, osteopenia lumbar con fractura aplastamiento de L2 tras accidente de tráfico, hipertransaminasemia de etiología desconocida, cirugía de cataratas bilaterales 4 años antes y baches amenorreicos de dos años de evolución. Refería hipotensión ortostática con presión arterial (PA) de 70/40 mmHg en ortostatismo que le imposibilitaba las actividades normales de la vida diaria presentando episodios sincopales diarios. Negaba otra clínica de disautonomía autonómica como alteraciones del hábito intestinal, síntomas de gastroparesia, alteraciones en la visión nocturna, de la sudoración o disminución de la percepción de hipoglucemia. Tampoco presentaba clínica de neuropatía periférica. A la exploración física presentaba taquicardia en reposo a 100 lpm sin modificación con el ortostatismo y se objetivaba disminución de la sensibilidad táctil y vibratoria en miembros inferiores así como hiporreflexia. En el screening de complicaciones presentaba retinopatía no proliferativa leve unilateral y neuropatía periférica motora moderada y sensitiva severa según electromiograma. Se confirmaron las cifras tensionales referidas mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial en varias ocasiones que además mostró hipertensión nocturna, consistente con la DCV. Se realizaron dos test diagnósticos: el test de inspiración y espiración y el test de ortostatismo. Ambos resultaron patológicos lo que, junto a la clínica de hipotensión ortostática permitieron establecer el diagnóstico de DCV grave. Se descartaron otras causas de DCV como amiloidosis, sarcoidosis o el síndrome de Eaton-Lambert.

Discusión: La DCV puede aparecer en pacientes sin complicaciones más allá del sistema nervioso. Confiere mayor riesgo de infarto miocárdico silente y muerte súbita. Su screening ambulatorio inicial mediante el test de ortostatismo es obligado en pacientes con DM y mal control crónico independientemente de la presencia de otras complicaciones asociadas.