



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/173 - DOCTORA, TENGO LA BOCA SECA DESDE HACE 3 MESES

L. Ruiz del Moral^a, M. Luna Moreno^a, M. Pérez Castro^b, L. Muñoz González^b, M. Sánchez Pérez^c y J. Mancera Romero^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años con antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con losartan 50 mg, hepatitis C en seguimiento por Digestivo y un IMC de 30 kg/m². Acude a Urgencias refiriendo sequedad bucal de más de tres meses de evolución, principalmente por la mañana al despertarse y que lo asocia a ser roncadador; niega pérdida de peso, ni polifagia ni polidipsia ni poliuria. Se revisa analítica sanguínea (AS) de hace un año: glucemia basal 88 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl y filtrado glomerular (FG) > 90 ml/min. Ante tal cuadro se realiza glucemia capilar: 471 mg/dl. Se corrobora con AS: glucemia 430 mg/dl, creatinina 1,03 mg/dl, FG 76 ml/min, pH 7,43 y cuerpos cetónicos negativos, se confirma el diagnóstico de diabetes y se administran 10 UI de insulina rápida intravenosa, bajando glucemia: 179 mg/dl. Se deriva a su médico de Atención Primaria (AP) al día siguiente para valoración inicial y seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta una presión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 60 latidos por minutos y un IMC 30 kg/m². Primera AS al diagnosticar la hiperglucemia: glucemia 430 mg/dl, creatinina 1,03 mg/dl, FG 76, pH 7,43 y cuerpos cetónicos negativos.

Juicio clínico: Debut de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en paciente con obesidad tipo I.

Diagnóstico diferencial: Ante un cuadro de hiperglucemia capilar es imprescindible realizar un estudio analítico del paciente. Bajo la denominación DM se agrupa un conjunto heterogéneo de síndromes que, englobando a diversas entidades clínicas, se caracteriza por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma, o ambos. Es imprescindible un buen diagnóstico diferencial entre DM1 y DM2 basándonos en la edad, el morfotipo, la forma de inicio, el tratamiento, la tendencia a la cetosis, la herencia, la autoinmunidad contra células β y la presencia de insulinoresistencia.

Comentario final: La DM2 supone el 90-95% de las formas de DM. En ocasiones el diagnóstico es casual o por presentar síntomas cardinales de DM y en otras ocasiones el paciente acude a las consultas refiriendo una clínica inespecífica, por lo que una buena anamnesis por parte del médico es imprescindible. No podemos olvidar realizar un seguimiento estrecho a todos nuestros pacientes mayores de 45 años con sobrepeso y aún más si presentan factores de riesgo adicionales para diabetes. La importancia del cribado radica en: un gran número de pacientes que cumplen los

criterios diagnósticos de diabetes desconocen su condición, diferentes estudios clínicos han demostrado que la DM2 puede estar presente hasta 10 años antes del diagnóstico clínico y en el momento del diagnóstico, hasta el 50% de los pacientes con DM2 ya presentan alguna complicación relacionada con la enfermedad. Los Equipos de AP tienen un papel estratégico fundamental en la prevención primaria, que debe orientarse al control de todos los factores de riesgo cardiovascular, el diagnóstico precoz de la diabetes, el control y seguimiento de los pacientes, la prevención de las complicaciones agudas, la detección precoz de las complicaciones crónicas y la educación diabetológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. Standards of Medical Care in Diabetes 2016. Diabetes Care. 2016;39(Suppl. 1):S13-22.