



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1054 - 'Una diabetes de temblar...'

N. Díaz Ferreiros^a, L. Garrido Acosta^b y M. Bada Sánchez^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años que acude a su médico de familia por presencia de movimientos involuntarios e irregulares de la mandíbula que le dificultan el habla, cediendo de forma espontánea pero recidivantes. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, fumador importante hasta hace 15 días, ahora fuma 2 cigarrillos/día, bebedor importante. Hipertensión arterial, diabetes mellitus con mal control metabólico, dislipemia, retinopatía diabética y paquipleuritis izquierda residual. Intervenciones quirúrgicas: doble by-pass aorto-coronario, adenoma prostático. Medicación crónica: pantoprazol, clopidogrel, enalapril, metformina, insulina mixtard 30, solodosina y venlafaxina. Anamnesis: refiere que anoche tras la cena comienza con movimientos irregulares, involuntarios a nivel de la mandíbula y cuello con dificultad para el habla. Tras unos minutos cese espontáneo de los movimientos sin clínica residual. Esta mañana tras el desayuno se desencadenan los mismos movimientos, motivo por el que consulta. Historiando al paciente refiere que relaciona dicha clínica con ingesta en ambas ocasiones de fruta en almíbar con azúcar moreno caducado. Durante su estancia en la consulta se objetiva dicha clínica por lo que se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 140/80 mmHg, afebril, eupneico en reposo, buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: crepitantes finos en base izquierda. Abdomen sin hallazgos. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: pupilas isocóricas, normorrectivas, movilidad ocular conservada, facial centrado. Vías largas normales, no disimetrías cerebelosas. No signos de irritación meníngea. Durante la exploración se desencadenan mioclonías a nivel mandibular de gran intensidad que también aparecen en musculatura alta del tórax. Se yugula la clínica con clonazepam y leviteracetam intravenoso. Analítica: normal excepto glucemia 315 mg/dl, orina con glucosuria (+++) y 10-15 leucocitos/campo. Radiografía de tórax: paquipleuritis izquierda residual. TC craneal: sin alteraciones significativas. Electroencefalograma con electromiograma en musculatura mentoniana: actividad de ritmos theta escarpados de distribución difusa con predominio en áreas frontales y rolándico-temporales. Clonías mandibulares coincidentes. Ingreso en Neurología: durante el ingreso no se repite la clínica convulsiva. Se descarta foco epileptógeno.

Juicio clínico: Ante el mal control glucémico del paciente, la mala adherencia que refiere al tratamiento antidiabético y las cifras elevadas de glucemia en analítica se diagnostica de probables

mioclonías metabólicas en posible relación con hiperglucemia no cetósica.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia mioclónica, trastornos paroxísticos no epilépticos (crisis psicógenas, origen metabólico, narcolepsia, hiperventilación, alteración por consumo de drogas), mioclonías hipnagógicas, encefalopatía con mioclonía.

Comentario final: Las complicaciones del mal control de la diabetes pueden simular diferentes patologías que afectan a diferentes órganos y sistemas. Ante la aparición de movimientos clónicos en pacientes diabéticos, además de descartar el debut de una epilepsia, se debe pensar en una descompensación glucémica. Al paciente de nuestro caso únicamente se le indicó observación domiciliaria, ajuste del tratamiento antidiabético y control glucémico estricto. Hasta el momento actual no ha reaparecido la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morres CA, Dire DJ. Movement disorders as a manifestation of nonketotic hyperglycemia. J Emerg Med. 1989;7(4):359-64.
2. Stahlman GC, Auerbach PS, Strickland WG. Neurologic manifestations of non-ketotic hyperglycemia. J Tenn Med Assoc. 1988;81(2):77-80.