



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2529 - HIPERGLUCEMIA HIPEROSMOLAR COMO DEBUT DIABÉTICO

C. Castillo Ramos<sup>a</sup>, F.M. Aceituno Villalba<sup>b</sup>, S. Falla Jurado<sup>c</sup>, C. Bolarín Angosto<sup>d</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>e</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>d</sup>, I.M. Escudero Muñoz<sup>e</sup>, D.Á. Rodríguez Palacios<sup>c</sup>, A.C. Menéndez López<sup>f</sup> y M. Lloret Arabi<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrasa Sud. Barcelona.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia.

<sup>g</sup>Médico Residente de 1º año. Hospital Universitario Mútua de Terrasa. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 40 años de origen senegalés sin alergias conocidas, portador del virus hepatitis B de transmisión vertical y esteatosis hepática. No antecedentes familiares de interés. El día 4/09/15, el paciente acude a Urgencias por cuadro gastrointestinal que se orienta como gastroenteritis aguda y se pauta tratamiento sintomático. El 6/09/15, vuelve a reconsultar por persistencia de la clínica con pérdida de peso, sudoración, deshidratación y mal estado general. Se realizan pruebas complementarias donde se objetiva glucemia de 874 mg/dl, cetonuria muy positiva (+++) y osmolaridad en orina de 859 mOsm/kg. Por tanto, dada la clínica y resultados analíticos, se orienta como cuadro de hiperglucemia hiperosmolar secundaria a gastroenteritis aguda en paciente no diabético conocido y se pauta sueroterapia intensiva, bomba de insulina y ciprofloxacino. El paciente evoluciona favorablemente tras la administración de medicación con normalización de los valores analíticos y se decide alta a domicilio con control urgente por su médico de familia. El 8/09/15 acude de nuevo a Urgencias derivado por su médico de familia por debut diabético con cifras de glucemia de 520 mg/dl asociado a cetonuria muy positiva (++). El paciente explica pérdida de peso de 10 kg con dolor abdominal, sensación de mareo e inestabilidad, poliuria, polidipsia y polifagia en la última semana.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 146/91; FC 96 lpm; T<sup>a</sup> 36,8°; BMTTest 479 mg/dl. Desde el punto de vista analítico destaca glucemia de 473 mg/dl y osmolaridad plasmática de 303 mOsm/kg con función renal preservada. En la gasometría venosa no se objetiva acidosis.

**Juicio clínico:** Dada la clínica, semiología y resultados de las pruebas complementarias, se orienta como hiperglucemia hiperosmolar en paciente no diabético conocido. Se inicia sueroterapia intensiva y pauta de insulina rápida consiguiendo la mejoría clínica y normalización de las cifras analíticas. Se ingresa en Endocrinología para completar estudio y seguimiento. En la planta hospitalaria, el paciente evoluciona favorablemente aunque con glicemias levemente elevadas con pauta de levemir y Novorapid. En la analítica de estudio destaca una Hb1AC alta (13,6%) con resto del perfil hepático, renal, lipídico y tiroides normal, anticuerpos pendientes. Se ajusta pauta de insulina y se realiza educación intensiva. Dado la buena evolución clínica, se decide alta hospitalaria

con pauta de insulina Novorapid según glicemias capilares preprandiales e insulina Levemir por la noche. Seguirá controles y seguimiento con su médico de familia y especialista en consultas.

**Diagnóstico diferencial:** Cetoacidosis diabética, acidosis láctica, uremia, cetoacidosis alcohólica, intoxicaciones (salicilatos, metanol, etilenglicol) e ictus.

**Comentario final:** La descompensación hiperglucémica hiperosmolar se caracteriza por hiperglucemia importante ( $> 600$ ) y osmolaridad plasmática elevada. Puede existir acidosis metabólica de origen láctico y los cuerpos cetónicos son negativos o levemente positivos. El tratamiento se basa en la rehidratación (su principal problema) y también se utilizan insulina, potasio (excepto si está elevado) y bicarbonato (en caso de que exista acidosis láctica). Es frecuente que se presente como debut diabético en paciente con DM tipo 2.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias 2ª edición. Hospital Universitario Infanta Leonor.