



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1223 - Lo dulce te puede llegar a matar

B. Peleteiro Cobo^a, R. Cuadra San Miguel^b, E. Méndez Rodríguez^a, V. Lumbreras González^c, J. Capón Álvarez^c, J. Martínez de Mandojana Hernández^c, Á. Díaz Rodríguez^d y O. Mahmoud Atoui^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. Ponferrada. León.

^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. ^dMédico Adjunto de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Aviso domiciliario por mujer 43 años, que se encuentra en estado comatoso según familiar. A nuestra llegada la paciente se encuentra con bajo nivel de consciencia (Glasgow 6). Resto exploración anodina.. Se coloca tubo de Guedel y se administra naloxona y flumazenilo iv sin respuesta. Se avisa a 112 quien realiza IOT y traslado a hospital. Antecedentes personales: No AMC. En estos momentos realización de dieta. No tratamiento farmacológico. Antecedentes familiares: madre diabética.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, Glasgow 3 (disminuido debido a medicación pautada), TA 80/50 FC 100 lpm, sat 100%, T^a 34 °C. ACP: RsCsRs sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, RHA ausentes. EEII: pulsos pedios conservados, no edemas no signos de TVP. A su llegada al hospital misma EF. Se realizan las siguientes pruebas complementarias. Analítica: hemograma: leucocitos: 19.000. Coagulación normal. bioquímica: glucosa: 1.321, urea: 86, creatinina: 2,09, amilasa 166, gasometría: pH: 6,77, PCO2: 24, PO2: 160 bic real: 3,5. Tóxicos en orina: negativo. ECG: taquicardia sinusal con extrasistolia ventricular frecuente. TAC craneal: normal. Se ingresa en UCI iniciándose corrección de las alteraciones metabólicas con rehidratación intensa, insulina en perfusión, corrección de acidosis y antibioterapia empírica. Preciso inicialmente noradrenalina en perfusión por hipotensión mantenida, retirándose a las pocas horas. Buena evolución. Presenta neumotórax secundario a canalización de vía central subclavia izquierda. Se coloco tubo tórax con reexpansión pulmonar, siendo posteriormente retirado. Dada de alta una vez estabilizadas las glucemias y realizada la correcta educación diabética. Cabe destacar que desde el ingreso la paciente presenta visión borrosa e impotencia funcional en mano izquierda que serán evaluadas por las distintas especialidades.

Juicio clínico: Cetoacidosis diabética. Coma hiperosmolar. Intoxicación medicamentosa o por sustancias de abuso.

Diagnóstico diferencial: Coma secundario a cetoacidosis diabética. DM no conocida. Desnutrición.

Comentario final: Se trata de una paciente encontrada en su domicilio en estado comatoso, tras no responder a tratamiento farmacológico, se decide derivar a hospital. La cetoacidosis diabética es

una complicación metabólica aguda causada por una deficiencia absoluta o relativa de insulina. El cuadro clínico se basa en poliuria, polidipsia, polifagia, respiración de Kussmaul, deshidratación y estado neurológico variable, aunque a veces no se manifiesta de forma tan clara. El diagnóstico y tratamiento precoz es imprescindible para evitar complicaciones que pueden suponer la muerte del paciente. Es importante determinar la causa precipitante, la corrección de la hiperglucemia y los trastornos hidroeléctricos producidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kao Y, Hsu CC, Weng SF, Lin HJ, Wang JJ, Su SB, Huang CC, Guo HR. Subsequent mortality after hyperglycemic crisis episode in the non-elderly: a national population-based cohort study. *Endocrine*.
2. Rosival V. Pathophysiology of diabetic ketoacidosis. *Diabet Med*. 2015; doi: 10.1111/dme.12760.
3. Maury E, Bureau C, Offenstadt G. Acid-base problems in diabetic ketoacidosis.