



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3260 - CETOACIDOSIS DIABÉTICA. LA ANAMNESIS ES LA CLAVE

T.F. Manzano Palomero<sup>a</sup>, I. Baillo Peña<sup>b</sup>, R. Bravo Lizcano<sup>c</sup>, W. Elgeadi Saleh<sup>d</sup>, S. Alejandro Carmona<sup>e</sup>, B. Alonso González<sup>a</sup>, G.A. Castellanos Laurín<sup>f</sup>, Á. Morán Bayón<sup>g</sup>, M.Á. Molina Medina<sup>a</sup> y E. Vergara Rodríguez<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad de Los Periodistas de Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Castroviejo. Madrid. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud Garrido Norte. Salamanca. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 43 años, extoxicómano en tratamiento con metadona y depresión tratado con mirtazapina y duloxetina. Acude por cuadro de dolor abdominal, vómitos (10/día) sin productos patológicos y estreñimiento desde hace 7 días. Refiere hiporexia, pérdida de peso de 12 Kg en 2 meses, poliuria, polidipsia (8 l/día) y empeoramiento del estado general en los últimos días. Niega fiebre o cualquier otra clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente. Glucemia capilar invalorable por error del glucómetro tras tres tomas, nauseoso con regular estado general. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio irradiado a espalda, discreta hepatomegalia. Resto de exploración normal. Decidimos trasladar al paciente en Ambulancia a Urgencias para realizar Analítica: amilasa 132 UI/L; PCR 7,7 mg/L; glucosa 669 mg/dL; urea 66 mg/dL; creatinina 2,71 mg/dl. Orina: cuerpos cetónicos 4+, gasometría arterial: pH 7,01; bicarbonato 5,6 mmol/L, anión GAP 36,1 mmol/L. El paciente ingresa en Medicina Intensiva tratado con infusión continua de insulina y sueroterapia.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética en debut.

**Diagnóstico diferencial:** Estado hiperosmolar hiperglucémico, síndrome de Reye, sepsis, meningocelitis, abdomen agudo, acidosis láctica e intoxicación alcohólica o por salicilatos.

**Comentario final:** La cetoacidosis diabética (CAD) es un cuadro caracterizado por hiperglucemia y acidosis metabólica en relación con cetonemia, debido a un déficit de insulina total o relativo, con aumento de las hormonas contrarreguladoras. Se ve más frecuentemente en pacientes DM I insulino dependientes aunque también aparece en la DM II. Constituye una urgencia importante con mortalidad de hasta el 5%. Entre los desencadenantes están la infección, la isquemia cardiaca o cerebral, el abuso de drogas, el empleo de ciertos medicamentos o los errores en el tratamiento insulínico. El tratamiento de esta patología se basa en la cuidadosa reposición hidroelectrolítica (líquido, potasio y bicarbonato) y la utilización de insulino terapia intensiva de la que se pueden

derivar complicaciones tan graves como edema cerebral, pulmonar e hipokaliemia.

### **Bibliografía**

1. Vanelli M, Chiarelli F. Treatment of diabetic ketoacidosis in children and adolescents. Acta Biomédica. 2003,74:59-68.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Pronóstica y Protocolos de Actuación, 4ª.ed. Barcelona: Elsevier, 2010:40-1.

**Palabras clave:** *Cetoacidosis diabética. Hiperglucemia. Insulina. Diabetes mellitus.*