



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1020 - Y DE REPENTE, DIABETES

N. González García<sup>a</sup>, N. Núñez Barros<sup>a</sup>, A. Luiña Madera<sup>b</sup>, R.L. Villoslada Muñiz<sup>b</sup>, M. de la Roz Sánchez<sup>a</sup>, A. Estrada Menéndez<sup>a</sup>, I. García Fernández<sup>b</sup>, S. Vidal Tanaka<sup>b</sup>, J. Flórez García<sup>c</sup> e I. Olaya Velázquez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. <sup>c</sup>Enfermero. Hospital Fundación de Avilés. Avilés. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital San Agustín. Avilés.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 19 años sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales ni familiares de interés ni tratamientos crónicos. Acude al centro de salud por sensación de malestar general, dolor abdominal epigástrico de predominio posprandial y sensación nauseosa sin vómitos. Refiere encontrarse más nerviosa, con escasa ingesta de alimentos en los últimos meses, poliuria y polidipsia, habiendo perdido 4-5 kg desde hace dos meses. Disuria desde hace 4 días, refiere infecciones urinarias de repetición. Se realiza glucemia capilar (400 mg/dl) y tira reactiva de orina (glucosuria, presencia de cuerpos cetónicos, leucocitos y nitritos negativos). Dados los hallazgos se remite al hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada, colaboradora. Bastante nerviosa. Bien hidratada y perfundida. Eupneica con saturación basal sin O<sub>2</sub> de 100%. Aliento cetósico. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración abdominal: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Puñopercusión renal bilateral negativa. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 111 lpm. Radiografía de tórax normal. Analítica (bioquímica, hemograma, coagulación): normal excepto sodio 132, glucosa 384, péptido C 0,57. Gasometría venosa: pH 7,1, bicarbonato 6,3, exceso de bases -21,5. Sistemático de orina: proteínas +++, glucosa +++++, cuerpos cetónicos +++++. Test gestación negativo.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética. Debut de diabetes tipo 1.

**Diagnóstico diferencial:** Infección urinaria, epigastralgia, síndrome dispéptico.

**Comentario final:** El diagnóstico de cetoacidosis diabética en el debut de una diabetes tipo 1 se sospecha por los síntomas de la paciente y se confirma mediante la demostración de hiperglucemia, cetonuria y acidosis metabólica. Se trata según pauta habitual con buena evolución, pasando de sueroterapia a control posterior con pauta basal-bolus de insulinas subcutáneas. Este caso debe hacernos reflexionar sobre la importancia de realizar una historia clínica exhaustiva, exploración física y pruebas complementarias iniciales dirigidas a los síntomas que indica el paciente.

## Bibliografía

1. Forga L, Astorga R, Albero R, et al. Endocrinol Nutr. 2005;52:30-1.

**Palabras clave:** *Poliuria. Polidipsia. Anorexia.*