



242/1798 - VÉRTIGO CON SORPRESA

M. Alcántara Zarzuela^a, A. Martín Jiménez^b y S. Fernández Ortega^b

^aMédico de Familia. SCCU Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años sin antecedentes conocidos. Obesa, con una situación socioeconómica precaria. Acude a Urgencias tras síncope en domicilio al levantarse de la cama, con recuperación completa espontánea y sin relajación de esfínteres. Describe malestar general con sensación de mareo y vómitos en los últimos dos meses. Ha precisado atención urgente en dos ocasiones pautando tratamiento sintomático (sulpiride) sin mejoría. Evoluciona desfavorablemente de forma que permanece en cama casi todo el día por inestabilidad al deambular, vómitos al movilizarse y astenia intensa.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada se encuentra bradipsíquica, sudorosa, pálida, taquipneica, con TA 214/109 mmHg, SatO₂ (FiO₂ 21%) 98%, FC 114 lpm y glucemia 514 mg/dl. No es posible una exploración neurológica completa por vómitos reiterados pero sí se objetiva que no hay déficits motores, que las pupilas son simétricas y reactivas a la luz artificial, no hay signos de irritación meníngea y existe nistagmo horizontal. Ningún dato reseñable en el resto de exploración. Se solicita TAC craneal en el que no existen signos de sangrado intra ni extraaxial, edema, desviación de línea media ni LOE. Analíticamente sólo destaca hiperglucemia, hipopotasemia leve y en gasometría venosa un lactato de 7,5 con pH normal. Rx tórax sin hallazgos sugerentes de patología. Orina con cuerpos cetónicos, sin otros datos.

Juicio clínico: Descompensación diabética. Situación hiperosmolar. Debut diabetes tipo 2.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente el cuadro se catalogó de vértigo periférico y posteriormente se sospecha origen central. Sin embargo a la vista de los resultados, se llega a la conclusión de que se trata de una descompensación diabética como debut de una diabetes de tipo 2.

Comentario final: Con administración de insulina (bolo y posterior perfusión) y fluidoterapia ajustada, la evolución es francamente favorable. Una vez mejorado el estado de alerta se realiza anamnesis dirigida y reconoce polidipsia, polifagia y pérdida de peso en meses previos sin haber consultado por ello. Se ingresa a cargo de Medicina Interna y es valorada por Endocrinología con instauración pauta de insulinización.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias.

2. García Gil D. Terapéutica Médica en Urgencias.

Palabras clave: Debut diabetes. Descompensación diabética. Situación hiperosmolar.