



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2806 - DEBUT DIABÉTICO CON SORPRESA

E. Ruiz Fernández^a, J. Cabrera Alonso^b, E. Herrada Diaz^c y S. Milán Gutiérrez^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Ejido Sur. Almería. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Gangosa. Vúcar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años natural de Rumania. Antecedentes personales: NAMC residente en España desde hace 9 años última visita a su país hace 4 años, sin contactos tuberculosos. Fumadora de 2-3 cig/día. Hiperglucemia detectada en Madrid hace 1 año sin tratamiento actual y sin seguimiento. No tratamiento habitual. IQ: implantes mamarios. Motivo de consulta: la paciente refiere 20 días con sensación febril diaria no termometrada con sudoración profusa. Desde hace una semana dolor dorsal que se irradia a ambas parrillas costales. Desde hace un año ha perdido unos 20 kg de peso (10 de forma voluntaria y 10 involuntarios). Refiere poliuria y polidipsia, no disuria. No clínica respiratoria. La chica queda ingresada mediante pruebas con el diagnóstico de cetoacidosis diabética y síndrome constitucional a estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Muy delgada. Sin lesiones cutáneas. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC crepitantes medios derechos. Abdomen: anodino. No dolor a la palpación de apófisis espinosas y musculatura paravertebral cervical dorsal y lumbar. Analítica Sanguínea; hemograma normal. Bioquímica: glucosa 460 mg/dl PCR 36,84 mg/dl VSG 100 Hg glicosilada 14,9%. Gasometría venosa: pH: 7,260. Sistemático orina: glucosa > 1.000 mg/dl. Cuerpos cetónicos > 80 mf/dl. Rx tórax: leves condensaciones en LSD, LID y retrocardiaca. TAC de tórax: en parénquimas pulmonares se visualizan múltiples condensaciones subpleurales de pequeño tamaño, algunas de ellas cavitadas. Mantoux: negativo. Autoinmunidad: ANAS, ANCAS negativos. Complemento normal. Broncoaspirado: 1) Cultivo micobacterias: negativo; 2) Cultivo estándar: *Aspergillus niger* sensible a voriconazol.

Orientación diagnóstica: Aspergilosis invasiva.

Diagnóstico diferencial: Nódulos cavitados. 1. Neoplasias. 2. Enfermedades autoinmunes. Wegener. 3. Embolia pulmonar. 4. Infecciosa. Aspergilosis invasiva.

Comentario final: La importancia del seguimiento de una hiperglucemia en persona joven con sospecha de DM1, confirmándola posteriormente Con nueva analítica, Hemoglobina glicada o sobrecarga oral de glucosa, pues pueden debutar con CAD y entre las complicaciones, pueden estar infecciones como la mucormicosis o la aspergilosis broncopulmonar invasiva.

Bibliografía

1. Gadkowski LB. Cavitary pulmonary disease [internet]. Washington, DC: American Society for Microbiology; 2008 [Consultado el 2 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292573/>
2. Kauffman CA. Diagnosis of invasive aspergillosis. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Neumonía cavitada. Cetoacidosis.