CC-070

CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL DE UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA POR iSGLT2 CON LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD

María Isabel Pérez Martín[1], Guadalupe Espinosa Villoria[1], Alejandro Miranda Mateos[1]

[1] *C.S. Puerta Nueva*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 64 años con diabetes mellitus tipo 2 de 9 años de evolución, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio G3a, en tratamiento con metformina 1.000 mg cada 12 horas y dapagliflozina 10 mg al día, añadida cuatro meses antes por mal control glucémico. Consulta por náuseas, vómitos y dolor abdominal difuso de dos días de evolución, con astenia. Refiere que en los últimos tres días apenas había comido, a dieta antes de un viaje. Aporta controles de casa, con glucemias entre 130 y 180 mg/dL, que considera buenas. Esa normalidad glucémica, en una paciente que toma un iSGLT2, es lo que hace sospechar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial 102/64 mmHg, frecuencia cardiaca 108 lpm, taquipnea, mucosas secas y signo del pliegue positivo. Abdomen doloroso de forma difusa, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Consciente y orientada. Glucemia capilar 178 mg/dL, cifra que por sí sola podría hacer descartar cetoacidosis. Cetonemia capilar: 5,8 mmol/l, muy por encima de lo normal (menos de 0,6 mmol/l). La tira de orina confirma cetonuria intensa y glucosuria leve. En el centro no hay gasometría venosa, así que la decisión de derivar con carácter urgente se apoya en estos cuatro datos: historia clínica, exploración, glucemia y cetonemia capilar.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La clínica digestiva y respiratoria, el tratamiento con iSGLT2 y una cetonemia elevada con glucemia no especialmente alta apuntan a cetoacidosis diabética euglucémica. Los criterios de la ADA ya no exigen glucemias por encima de 250 mg/dL para este diagnóstico, lo que apoya la decisión tomada. No hace falta esperar a una gasometría para derivarla: la cetonemia capilar es suficiente como prueba de cribado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis aguda con deshidratación, con cetonemia esperable más discreta; cetosis de ayuno simple y acidosis láctica por metformina, favorecida por su función renal reducida. La ausencia de defensa abdominal hace menos probable un abdomen agudo quirúrgico.

CONCLUSIONES

Una glucemia normal no descarta una cetoacidosis en pacientes con iSGLT2, algo que va en contra de lo que solemos dar por hecho en consulta. El centro de salud, con lo que tiene a mano, es capaz de detectar este cuadro: la historia clínica, la exploración y la cetonemia capilar bastaron para derivar sin esperar a una gasometría, lo que sitúa al médico de familia como primer eslabón real en el diagnóstico, no solo como puerta de entrada al hospital. El tratamiento posterior requiere inicio rápido, similar al de la cetoacidosis clásica: monitorización de constantes, iones y gasometría, rehidratación e insulinoterapia, con sueros glucosados al 5% hasta corregir la acidosis. Sería razonable que más centros contaran con tiras de cetonemia capilar y que desde Atención Primaria se

CÓMO CITAR

Pérez Martín MI, Espinosa Villoria G, Miranda Mateos A. CUANDO LA GLUCEMIA ENGAÑA: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL DE UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA POR iSGLT2 CON LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):36. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4