P-012

CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR iSGLT2 EN DEBUT DIABÉTICO NO FILIADO

Sebastián González Amaya[1], Muñoz Muriel María De Los Angeles[1], Castro Sosa Vanesa[1]

[1] *UGC Centro Salud Algeciras Norte*

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) se emplean cada vez más en el manejo de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria por sus beneficios cardiorrenales y en ocasiones ya desde el inicio del diagnóstico. Sin embargo, se asocian a un riesgo poco frecuente pero potencialmente grave de cetoacidosis diabética (CAD), siendo el debut diabético el escenario de máximo riesgo: reserva insulínica mínima o nula, a menudo con cetosis ya presente en el momento del diagnóstico. Añadir un iSGLT2 en esta fase suma un fármaco que favorece la cetogénesis justo cuando el paciente tiene menor capacidad de suprimirla con insulina endógena. El objetivo terapéutico en el debut debe ser titular insulina exógena y filiar el tipo de diabetes antes de introducir cualquier coadyuvante, dado que en diabetes tipo 1 estos fármacos están contraindicados precisamente por este riesgo potencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, obesa, sin antecedentes personales ni familiares de diabetes, que acude a urgencias hospitalarias por malestar general, astenia, polidipsia y pérdida de peso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 80 kg, talla 161, índice de masa corporal 31. Analítica inicial: glucemia 413 mg/dL sin cetonuria, HbA1c 8,3%, microalbuminuria negativa. Se inicia insulinización basal (glargina) y metformina, derivándose a Medicina Interna y Atención Primaria para estudio y seguimiento.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

En consulta privada de Medicina Interna se añade dapagliflozina a la espera de anticuerpos para filiar el tipo de diabetes. La paciente empeora progresivamente: mialgias, dispepsia y vómitos de repetición, con mayor pérdida de peso y múltiples visitas a urgencias. Valorada en Atención Primaria, se deriva de forma urgente al hospital, donde ingresa con diagnóstico de cetoacidosis diabética y se retira el fármaco glucosúrico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El debut hiperglucémico sin cetonuria inicial planteaba diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico, diabetes tipo 1 de inicio insidioso, diabetes tipo LADA o diabetes secundaria.

La introducción de un iSGLT2 sin filiación previa contribuyó a enmascarar y precipitar la CAD, retrasando el diagnóstico hasta la determinación de autoinmunidad: Ac anti-GAD positivo (34,05 U/ml) y Ac anti-IA2 positivo (13,84 U/ml), con Ac anti-insulina, antitiroglobulina y antiperoxidasa negativos, confirmando diabetes tipo 1 autoinmune.

CONCLUSIONES

Ante un debut diabético debe confirmarse el tipo de diabetes antes de introducir un fármaco iSGLT2 como coadyuvante, dado el riesgo de cetoacidosis. Es labor de Atención Primaria mantener un alto índice de sospecha de CAD en pacientes en tratamiento con estos fármacos, especialmente en el debut de la enfermedad o ante ayuno prolongado, dieta hipocalórica, cirugía o enfermedad intercurrente, situaciones en las que la clínica puede aparecer con glucemias no marcadamente elevadas.

CÓMO CITAR

González Amaya S, María De Los Angeles MM, Vanesa CS. CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR iSGLT2 EN DEBUT DIABÉTICO NO FILIADO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):50-51. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4