P-049

# CUANDO LA GLUCEMIA NO CUENTA TODA LA HISTORIA: CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A iSGLT2

Albert Canudas Ventura[1], Claudia Garolera Bonamusa[1], Cristina Del Pino Astorga[1]

[1] *EAP Granollers Sud*

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) diagnosticada en 2005, hipertensión arterial y dislipemia. Presentaba regular control metabólico mantenido (HbA1c 7,4-8,4%; última HbA1c 7,7%) y ausencia de complicaciones crónicas conocidas. Tras tratamiento prolongado con metformina asociada a gliclazida, 3-4 meses antes del episodio se modificó el tratamiento a metformina/canagliflozina 850/50 mg cada 12 horas para optimizar el grado de control.

Los familiares nos llaman de urgencia y nos comentan que encontraron a la paciente en el suelo, donde había permanecido aproximadamente cuatro horas, y que llevaba tres días de vómitos repetidos, inicialmente alimentarios y, posteriormente, biliosos, sin fiebre, diarrea ni dolor abdominal.

## EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acudimos al domicilio y en la valoración inicial la paciente se encontraba consciente y orientada, con Glasgow 15, destacando hipotermia (33 °C) con palidez cutánea y sequedad de mucosas. Presentaba TA 119/68 mmHg, FC 91 lpm, FR 18 rpm, $SatO_2$ 97% y glucemia capilar de 261 mg/dL, cetonemia de 6 mmol/L. Ante el cuadro clínico y el antecedente de vómitos persistentes, se decidió traslado a urgencias hospitalarias.

Ya en urgencias se le realizó una analítica que mostró glucosa 345 mg/dL, creatinina 1,42 mg/dL (FG 38,5 mL/min/1,73 $m^2$), potasio 6,09 mmol/L y leucocitosis de 21.010/µL, sin elevación significativa de reactantes inflamatorios. La gasometría evidenció acidosis metabólica grave, con pH <7, bicarbonato inicialmente incalculable e hiperventilación compensatoria marcada; lactato inicial 1,5 mmol/L.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

La cetonemia elevada, la acidosis metabólica grave y el tratamiento con iSGLT2 apoyaron el diagnóstico de cetoacidosis diabética asociada a los iSGLT2, precipitada por una enfermedad gastrointestinal aguda con vómitos y depleción de volumen.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se plantearon otras causas de acidosis metabólica grave: acidosis láctica, sepsis, insuficiencia renal y cetosis por ayuno.

## CONCLUSIONES, RESALTANDO LA ENSEÑANZA DEL CASO

Los iSGLT2 presentan importantes beneficios cardiorrenales, pero pueden asociarse a cetoacidosis diabética (CAD), especialmente ante reducción de la ingesta, ayuno o depleción de volumen secundaria a pérdidas gastrointestinales. Aunque infrecuente en DM2 (0,6-4,9 episodios/1.000 pacientes-año), la CAD asociada a iSGLT2 puede cursar sin hiperglucemia marcada, describiéndose glucemias <200 mg/dL hasta en un tercio de los casos. La ficha técnica de canagliflozina advierte de presentaciones atípicas con elevaciones moderadas de glucemia y recomienda interrumpir el tratamiento ante sospecha o diagnóstico de CAD. El caso resalta el papel de Atención Primaria en la educación sobre el manejo de enfermedades agudas intercurrentes, especialmente aquellas con vómitos, reducción de la ingesta o riesgo de depleción de volumen, incluyendo la suspensión temporal del iSGLT2 y la identificación precoz de síntomas de alarma.

CÓMO CITAR

Canudas Ventura A, Garolera Bonamusa C, Del Pino Astorga C. CUANDO LA GLUCEMIA NO CUENTA TODA LA HISTORIA: CETOACIDOSIS DIABÉTICA ASOCIADA A iSGLT2. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):75. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4