P-078

CUIDADO CON EL GOLD STANDARD: RIESGO DE CETOACIDOSIS

María Ballesteros Sánchez[1], Carmen Rodado Delgado[1], Cristina Dominguez Tena[1]

[1] *CS Valle de la Oliva*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 37 años con diabetes mellitus tipo 2 de 1,5 años de evolución. Diez días antes, ante mal control metabólico (HbA1c 12,6%), se intensifica tratamiento, aumentando metformina de 850 a 1700 mg/día y añadiendo vildagliptina 100 mg/día y empagliflozina 25 mg/día. Se encontraba además en tratamiento con fenoximetilpenicilina potásica por reciente faringoamigdalitis estreptocócica. Acude a Urgencias por malestar general de 24 horas, sensación distérmica, mareo y dos vómitos, asociando polidipsia e hiporexia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se encontraba hemodinámicamente estable y afebril. La exploración fue anodina salvo taquipnea (25 rpm), perfusión periférica irregular y sudoración. Analíticamente destacaban glucemia 195 mg/dL, filtrado glomerular 54 mL/min, pH 6,96, pCO_2 31,3 mmHg, bicarbonato 7,1 mmol/L, lactato 3,9 mmol/L y cetonemia 6,8 mmol/L. Presentaba leucocitosis de 14,34 $\times 10^3/\mu L$ sin elevación de PCR. En orina destacaban cetonuria de 80 mg/dL y glucosuria de 2000 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Ante la presencia de acidosis metabólica grave y cetonemia elevada se diagnosticó cetoacidosis diabética euglucémica. La introducción reciente de empagliflozina, junto con la infección intercurrente, hiporexia y vómitos, se consideraron posibles factores precipitantes. Se planteó como diagnóstico diferencial la cetosis por ayuno o disminución de la ingesta y la cetoacidosis alcohólica.

MANEJO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con insulina intravenosa, fluidoterapia y bicarbonato, con resolución de la cetoacidosis tras 24 horas. Tras estabilización en UCI y posterior estancia en planta de Medicina Interna, se suspendió la empagliflozina al alta, aumentando metformina a 2000 mg/día y manteniendo vildagliptina 100 mg/día. Se amplió el estudio con péptido C y autoinmunidad pancreática para descartar un posible componente de diabetes mellitus tipo 1, con seguimiento en Endocrinología.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética puede presentarse en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tratados con inhibidores de SGLT2 sin hiperglucemia marcada. Ante síntomas compatibles con cetosis, especialmente en presencia de infección, disminución de la ingesta o vómitos, debe realizarse una valoración precoz de cuerpos cetónicos y equilibrio ácido-base. El reconocimiento de esta entidad en Atención Primaria puede favorecer la derivación y tratamiento precoz, evitando retrasos diagnósticos derivados de la ausencia de hiperglucemia significativa.

CÓMO CITAR

Ballesteros Sánchez M, Rodado Delgado C, Dominguez Tena C. CUIDADO CON EL GOLD STANDARD: RIESGO DE CETOACIDOSIS. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):90. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4