P-130

NO TODO EN EL OJO DIABÉTICO ES RETINOPATÍA

María Yolanda Valpuesta Martín[1], Arianna Del Carmen Salcedo Hernández[1], María Isabel López Galvez[2]

[1] *Centro de Salud Peñafiel (Valladolid)*
[2] *Hospital Clínico Universitario (Valladolid)*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años con hiperlipemia, gran fumador y bebedor social.

Acudió a consulta por síntomas sugerentes de diabetes mellitus de un mes de evolución. En la analítica presentaba una glucemia basal de 294 mg/100 ml, con glicosilada de 11,9%; un colesterol total de 298, con 26 de HDL, 272 de noHDL y 821 de triglicéridos, con un índice de riesgo lipídico de 11,7 y una ferritina de 783.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizaron EKG y retinografía, que resultaron normales, y se instauró tratamiento con 850 mg/12 h de metformina y 40 mg diarios de atorvastatina; una vez comprobada tolerancia a la metformina, se añadieron 10 mg diarios de dapagliflozina.

A los 15 días de inicio del tratamiento acudió a consulta refiriendo visión borrosa de instauración progresiva, pasando de ver la unidad con ambos ojos a 0,4 con el ojo derecho (ganando a 0,9 con estenopeico) y 0,5 con el izquierdo (0,7 con estenopeico). La visión mejoraba cuando utilizaba las gafas de presbicia para la visión lejana.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Se derivó a urgencias para valoración por oftalmólogo y se diagnosticó de defecto refractivo por cambios bruscos en la glucemia.

Se le hicieron perfiles de seguimiento y al mes del inicio del tratamiento ya tenía las glucemias controladas. En la analítica realizada tres meses después tenía una glicosilada de 5,9%, por lo que se le retiró la dapagliflozina. El metabolismo lipídico y la ferritina también se habían normalizado.

Se le revisó la agudeza visual cada 15 días, mostrando una mejoría muy lenta hasta la recuperación completa cuatro meses después.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La diabetes mellitus supone un factor de riesgo para la aparición de patologías oculares diferentes de la retinopatía diabética. A nivel del cristalino, duplica el riesgo de desarrollar catarata y, en los pacientes de entre 45 y 54 años, lo multiplica por 5. En cuanto a los trastornos de la refracción, la hiperglucemia intensa mantenida ocasiona miopía por aumento de la osmolaridad del humor acuoso y deshidratación del cristalino, mientras que la normalización muy rápida de la hiperglucemia provoca hipermetropía.

CONCLUSIONES

Está demostrado, por el efecto legado o de memoria metabólica, que un buen control glucémico desde el inicio de la enfermedad protege de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo (DCCT y UKPDS). Las sociedades científicas recomiendan considerar terapias combinadas desde el inicio para alcanzar rápidamente los objetivos glucémicos.

Este caso nos plantea interrogantes para la reflexión: ¿ha sido adecuada la intervención terapéutica intensiva precoz en este paciente? ¿Hubiéramos evitado esta complicación ocular con un tratamiento inicial más conservador?

BIBLIOGRAFÍA

Feldman-Billarda S, Dupas B. Eye disorders other than diabetic retinopathy in patients with diabetes. Diabetes & Metabolism 47 (2021) 101279. https://doi.org/10.1016/j.diabet.2021.101279

CÓMO CITAR

Valpuesta Martín MY, Salcedo Hernández ADC, López Galvez MI. NO TODO EN EL OJO DIABÉTICO ES RETINOPATÍA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):128-129. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4