

Reunión Clínica 17 de Junio 2017

09:30 – 10:15

“HÍGADO Y DISGLICEMIAS: ANÁLISIS A PARTIR DE UN CASO”

Presentan: Dra. Karina Elgueta R.
Dra. Paulina Vignolo A.
Becadas Diabetes Adultos Hospital Clínico Universidad de Chile

Caso 1

Hombre de 59 años con antecedente de Daño Hepático Crónico criptogénico Child C, diagnosticado el año 2012. En control regular en Hospital San José. Ha presentado múltiples episodios de encefalopatía hepática y este último año 4 hospitalizaciones por Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE). Además HTA en tratamiento. Peso 73 kg, talla 1.8 m, IMC 22.5. Peso máximo 85 kg, IMC 25.9 (hace 9 meses, con ascitis leve) Ingres a HCUCH el 24/01 por dolor y aumento de perímetro abdominal, diagnosticándose nuevo episodio de PBE por E. Coli BLEE siendo tratado con ertapenem. En sus exs de ingreso destaca Hcto 25, Hb 8.1, GB 21900, 90% segmentados, plaq 112000, glic 213, alb 2.7, Bili T 7.4, GOT 79, FA 163, PCR 48.7, líquido ascítico compatible con PBE, OC normal, urocultivo negativo

Evoluciona con encefalopatía hepática que se maneja con rifaximina y lactulosa. Función renal conservada. Glicemias **venosas** ayuno una vez superado cuadro séptico

01/02	02/02	03/02	05/02	06/02	07/02	08/02	09/02
90	80	107	102	104	117	116	105

Estando estable desde el punto de vista infeccioso, sin tratamiento ATB, afebril y con parámetros inflamatorios bajos, en proceso de compensación de encefalopatía hepática, se detecta hiperglicemia ayuno (venosa) progresiva. Se inicia control HGT precomidas, llegando a presentar HGT Hi.

10/0	11/0	13/0	14/0	15/0	16/0	17/02 (HGT)			18/02 (HGT)			19/0
2	2	2	2	2	2							2
133	125	177	155	156	190	21	30	44	38	32	25	556
						4	6	0	3	5	6	

Se traslada a intermedio por protocolo, para inicio de BIC de insulina, evolucionando con altos requerimientos, hasta 229 U/24 hrs. Exs. sin cetonemia.

Es evaluado por equipo de diabetes el día 20/02.

Paciente sin historia familiar de DM, al examen físico sin signos de IR.

En controles previos en Hospital San José, refiere nunca haberse detectado alteraciones de glicemias.

Sin nuevo cuadro infeccioso intercurrente, sin uso de corticoides, sin ATB. Recibiendo régimen liviano bien tolerado. En tratamiento con lactulosa 30 cc cada 8 hr, rifaximina 400 mg cada 8 hr, espironolactona 75 mg día, furosemida 40 mg día. Se inició insulina con esquema basal corrección según protocolo HCUCH, 32 U AM y 16 U PM. Evoluciona con glicemias sobre metas, requiriendo ajuste progresivo

	Ayuna	IC	Pre-almuerzo	IC	Precena	IC	01:00	Basal
21/02	228	4	403	12	386	12		36-18
22/02	100		348	10	404	8	194	40-10
23/02	87		344	10	254	8		50-4-0
24/02	111		230	6	211	6	134	54-4-0
25/02	85		153	4	155	4		54-4-0
26/02	104		101		170	4		54-4-0
27/02	88		177	4	149	4		54-4-0
28/02	98		99		174	4		

Es dado de alta con esquema basal con insulina NPH 50 AM, 6 prealmuerzo y 0 precena. No se toma HbA1c durante hospitalización por anemia (Hcto 27,7/Hb 9,1), no presentó sangrado variceal ni de otra causa durante hospitalización.

Bibliografía

1. Emanuela Orsi, Valeria Grancini, Stefano Menini, Alessio Aghemo, Giuseppe Pugliese. Hepatogenous diabetes: Is it time to separate it from type 2 diabetes?. *Liver International* 2016; 1–13
2. Ahmadieh H, Azar ST, Liver disease and diabetes: Association, pathophysiology, and management. *Diabetes Res Clin Pract* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.01.003>
3. Fernando Bril, Kenneth Cusi. Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Patients With Type 2 Diabetes: A Call to Action. *Diabetes Care* 2017;40:419–430