

Reunión Clínica 13 de Mayo 2017

10:15 – 11:00

“Diabetes Fulminante asociado a terapia con anticuerpo monoclonal anti-PD1”

Presenta: Dr. Bruno Grassi Corrales
Médico Internista y Diabetólogo
Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo
Pontificia Universidad Católica de Chile

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 70 años, con antecedentes de:

- Hipertensión arterial en tratamiento con Espironolactona.
- Dislipidemia en tratamiento con Rosuvastatina.
- Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2005, en tratamiento con Metformina XR. Previo a cuadro actual, excelente control metabólico con HbA1c de 5,6% (marzo 2016).

Se diagnostica en mayo 2015, a raíz de tos crónica y síndrome consuntivo de 1 año de evolución, Adenocarcinoma Pulmonar etapa IV con compromiso pulmonar bilateral y óseo. Recibe quimioterapia con Pemetrexato + Carboplatino entre mayo 2015 y agosto 2015, recibiendo posteriormente Pemetrexato de mantención hasta enero 2016. Por progresión de enfermedad a nivel óseo, inicia terapia con Nivolumab (anticuerpo monoclonal IgG4 anti-PD-1) en febrero 2016, recibiendo última dosis a fines de julio de 2016, con glicemia venosa de ese momento en 136 mg/dL. A mediados de agosto de 2016 evoluciona con parestesia en extremidades inferiores, sugerente de polineuropatía, decidiéndose hospitalización para estudio. Al momento de dicho ingreso se pesquisan glucometrías capilares persistentemente mayores a 350 mg/dL, por lo que se interconsulta a equipo de Diabetología.

Destaca el siguiente laboratorio de dicha hospitalización:

ANALITO	VALOR
Glicemia	360 mg/dL
Triglicéridos	159 mg/dL
Creatinina	0.82 mg/dL
Sodio	137 mEq/L
Potasio	4.4 mEq/L
Cloro	99 mEq/L
Fósforo	2.45 mg/dL
PCR	0.99 mg/dL

ANALITO	VALOR
pH	7,32
Bicarbonato	22 mEq/L
Cetonemia	(-)
TSH	1.27
HbA1c	7.2%
Serología DM1	(-)
Urocultivo	(-)

Por cuadro clínico con importante hiperglicemia de instalación brusca y uso reciente de Nivolumab, se plantea diagnóstico de Diabetes Fulminante, y se inicia esquema de insulina basal-bolo con Glargina y Aspart, inicialmente en dosis bajas, pero dado mal control se escala rápidamente dosis, con requerimiento de dosis diarias de insulina cercanas a 0.6 U/kg al día. Se realiza entrenamiento en conteo de carbohidratos para dosificación de bolos y ajustes seriados semanales, pese a lo cual mantiene gran inestabilidad glicémica.

Referencias:

1. Brahmer JR, Tykodi SS, Chow LQ, et al. "**Safety and activity of anti-PD-L1 antibody in patients with advanced cancer**". N Engl J Med 2012;366:2455–2465
2. Hughes J, Vudattu N, Sznol M, et al. "**Precipitation of Autoimmune Diabetes With Anti-PD-1 Immunotherapy**". Diabetes Care 2015; 38(4): e55-e57.
3. Miyoshi Y, Ogawa O, Oyama Y. "**Nivolumab, an Anti-Programmed Cell Death-1 Antibody, Induces Fulminant Type 1 Diabetes**". Tohoku J. Exp. Med., 2016, 239, 155-158N.