

"DESAFIANDO LAS GUÍAS: CASO DE PRESENTACIÓN MIXTA DE CAD Y SHH EN UN HOMBRE JOVEN"

Presentan: Dr. Cristian Reyes J.

Becado Diabetes Udulto HCUCH

Tutora: Dra. Patricia Gómez G.

Docente del Programa Especialista en Diabetes HCUCH

GRUPO DIABETES HCUCH

CASO 1

Paciente: Hombre de 37 años.

Antecedentes personales: Sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. No usuario de fármacos.

Hábitos: Consumo ocasional de alcohol (cerveza los fines de semana). Niega tabaquismo y drogas.

Antecedentes familiares: Padre y abuela con diabetes mellitus (tipo y edad de diagnóstico desconocidos).

Contexto social: Colombiano, fenotipo afrodescendiente. Vive con pareja e hijo. Laboralmente activo como reponedor nocturno de supermercado y en empresa diurna.

Antropometría: Peso 95 kg, talla 1,85 m → IMC 27,9 kg/m² (sobrepeso).

Motivo de consulta: Cuadro de 7 días de evolución con polidipsia, poliuria, polifagia y compromiso del estado general. Se agrega desorientación y anorexia 2 días previos a la consulta. Refiere exodoncia reciente de premolar inferior izquierdo por absceso dental.

Ingreso: En SAR de San Miguel se pesquisó hiperglicemia severa (>700 mg/dL) y falla renal aguda (Cr 2.7, BUN 75 K 5.9) se inicia 1500 cc SF 0,9% y 18 UI IC sbc. siendo trasladado posteriormente a Servicio de Urgencias HCUCH (por previsión). Ingresa al REA en sopor superficial, taquipnea, mucosas secas y GCS 14. Glicemia 1048 mg/dL, pH 7.15, BE -17.9, cetonemia (BHOB): 7,7 BUN 75 Crea 3.45 Osm efectiva 394 Osm/L. Se interpreta como **síndrome diabético mixto grave (CAD + EHH)** y se inició hidratación intensiva e insulina EV.

Evolución en UCI: Curso shock hipovolémico y probable sepsis, requiriendo noradrenalina hasta 0.4 mcg/kg/min. Presentó agitación psicomotora refractaria a neurolépticos, con necesidad de VM invasiva (<96 h). En lo metabólico, con requerimientos elevados de BIC de insulina hasta 15 U/hr (hasta 300 U/día), logrando descenso progresivo que se estabiliza, manteniendo 6 U/hr tras inicio de NE. Se confirma sepsis de foco respiratorio con imágenes que objetivan neumonía de la comunidad por *Klebsiella pneumoniae* sensible de probable origen aspirativo, completando terapia con ampicilina/sulbactam por 7 días.

Tras la resolución hemodinámica, metabólica y renal progresiva, logra extubación el 29/07 (al 4º día de ingreso). Posteriormente, se traslada a unidades de menor complejidad hasta alta hospitalaria.

Metabólicamente: Resuelve criterios de cetoacidosis y estado hiperosmolar en las primeras 24 h, manteniendo BIC de insulina por altos requerimientos, se realiza traslape en UCI tras 4 días (req BIC 172 U/día) con esquema de insulina NPH 40 - 40 - 40 U. Posteriormente, evaluado por Equipo de

diabetes para titulación de NPH y modificación de la terapia a insulina Glargina U100 35 U (0,37 U/kg) + insulina novorapid esquema basal/bolo.

Al alta luego de 16 días y buena evolución, se indica Glargina U300 20 U + metformina 750 mg x2

Ambulatorio: con requerimientos de insulina a la baja se optimiza terapia oral con metformina 1000 mg x2 asociando empagliflozina 12,5 mg al día. Logrando suspensión de Insulinoterapia (a los 44 días post alta)

Estudio etiológico de DM:

- Inmunología DM1 negativa: GAD65, ICA, IAA y Anti-IA2 dentro de rangos normales.
- Péptido C: 0.11 ng/mL tomado en contexto de descompensación aguda
- HbA1c: 12.5%.

Diagnósticos de egreso:

1. Crisis hiperglicémica mixta severa - CAD + EHH (resuelto).
- Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico y presentación temprana, sospecha "Ketosis-Prone"

Bibliografía:

- Hyperglycaemic crises in adults with diabetes: a consensus report. Diabetologia. 2024 Aug;67(8):1455-1479.
- Feingold KR. Atypical Forms of Diabetes. 2025 Mar 10. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000—. PMID: 25905351