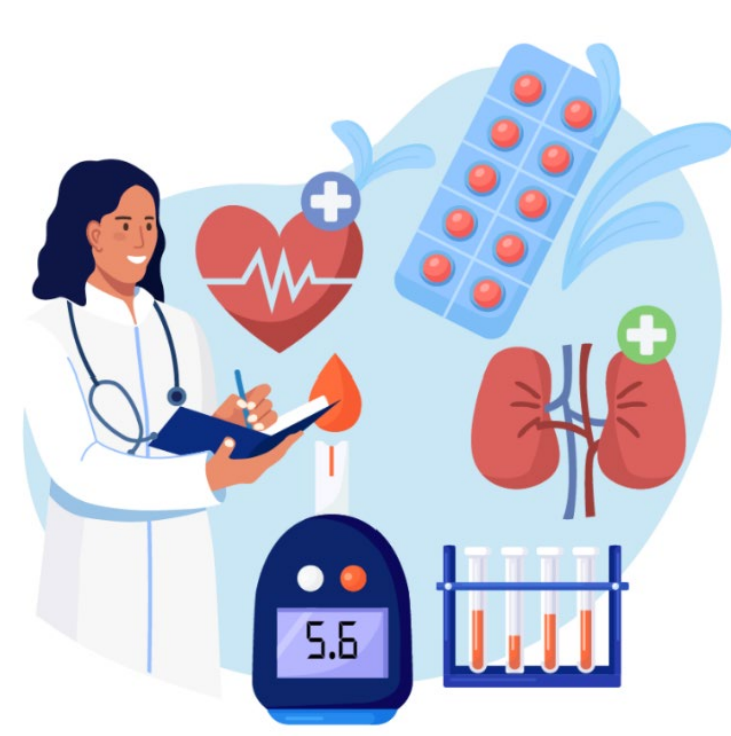


# DIABETES FLATBUSH: UNA CONVERGENCIA CLÍNICA ENTRE DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2 EN LA PRÁCTICA ACTUAL.

Ana Belén Cuello Castaño, María Delgado Ferrary, María Rocío Molina León

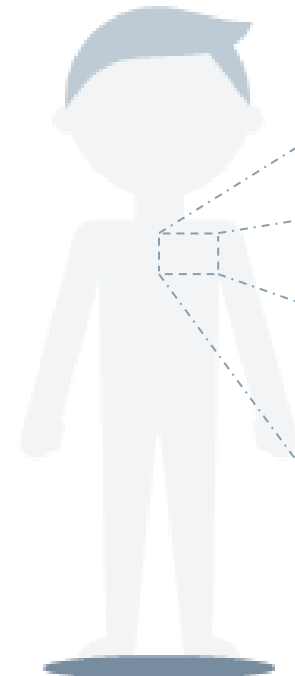


## CASO CLÍNICO

Varón 50 años:

- Raza afroamericana
- No RAMC, no hábitos tóxicos, no antecedentes familiares de interés
- Antecedentes patológicos: HTA en tratamiento
- Independiente para las actividades básicas de la vida diaria

**ALTERACION DEL SENSORIO < 12  
HORAS DE EVOLUCION**



Obnubilado, Glasgow 13/15, deshidratación cutáneo-mucosa. TA: 127/90, FC: 110 lpm, SATO2: 98%.

Glucemia inicial: **indetectable**.

Se descarta foco infeccioso a cualquier nivel.  
No transgresión dietética

Analítica inicial: **glucemia** 1742 mg/dL, K<sup>+</sup> 4,8 mEq/L, Na<sup>+</sup> 153 mEq/L, PCR 6,8 mg/L.  
**Osmolaridad** 425 mOsm/kg. GSV: pH 7,26, HCO<sub>3</sub> 20,2, Cl 117 mEq/L **anion GAP** 20,6 mEq/L.



**DESCOMPENSACION HIPERGLUCÉMICA  
HIPEROSMOLAR SEVERA**

## CASO CLÍNICO

Analitica sanguínea	A su llegada	A las 6h de tratamiento	A las 12h de tratamiento
Glucosa	1742 mg/dL	797 mg/dL	259 mg/dL
Urea	141 mg/dL	114 mg/dL	55 mg/dL
Creatinina	2,78 mg/dL	2,29 mg/dL	1,61 mg/dL
Sodio	153 mEq/L	156 mEq/L	152 mEq/L
Potasio	4,8 mEq/L	4,3 mEq/L	4,1 mEq/L

Gasometría	A su llegada	A las 6h de tratamiento	A las 12h de tratamiento
pH	7,26	7,25	7,28
Cloro	117 mEq/L	120 mEq/L	126 mEq/L
Bicarbonato	20,2 mmol/L	20,1 mmol/L	21,2 mmol/L
Anion GAP	20,6 mEq/L	20,2 mEq/L	8,9 mEq/L

Tóxicos orina	Negativo
Sistemático orina	Glucosuria 2000 g/dL. Proteinuria, <b>cuerpos cetónicos</b> negativos
TAC cráneo	Sin hallazgos

### INGRESO EN UCI:

**Coma hiperglucémico  
hiperosmolar con acidosis  
metabólica (anion GAP  
elevado)**

Perfusión de insulina  
Sueroterapia intensiva. SF 0,9%



## CASO CLÍNICO

### INGRESO EN MEDICINA INTERNA:

Aceptable estado general, hemodinamicamente estable. Peso: 84,2 kg, talla 175 cm (IMC: 27,5 kg/m<sup>2</sup>)  
Glucemias >250 mg/dL

**DIABETES ATÍPICA: CARACTERÍSTICAS MIXTAS ENTRE DM1 Y DM2**

- Analítica reglada: Ferritina elevada. hipertrigliceridemia, HbA1c 12%. Ca 19.9 normal, **péptido C 3,23 ng/mL** (N 1,10-4,40), **autoinmunidad negativa\*\***.
- TAC de abdomen con contraste: Esteatosis. Páncreas de tamaño y morfología normal sin evidencia de lesiones focales, calcificaciones ni otros hallazgos patológicos.
- Ecocardiografía: Ventrículo izquierdo no dilatado con ligera hipertrofia de paredes y FEVI preservada.

\*\*Anticuerpos anti células de los islotes pancreáticos negativo (<1/5), anticuerpos anti insulina 6,3% U/mL (N 0,0-20,0 U/mL), anticuerpos anti GAD65 3,62 UI/mL (N 0,0-17,0 UI/mL) y anticuerpos anti IA2 2,00 U/MI (N 0,0-9,99 U/mL)

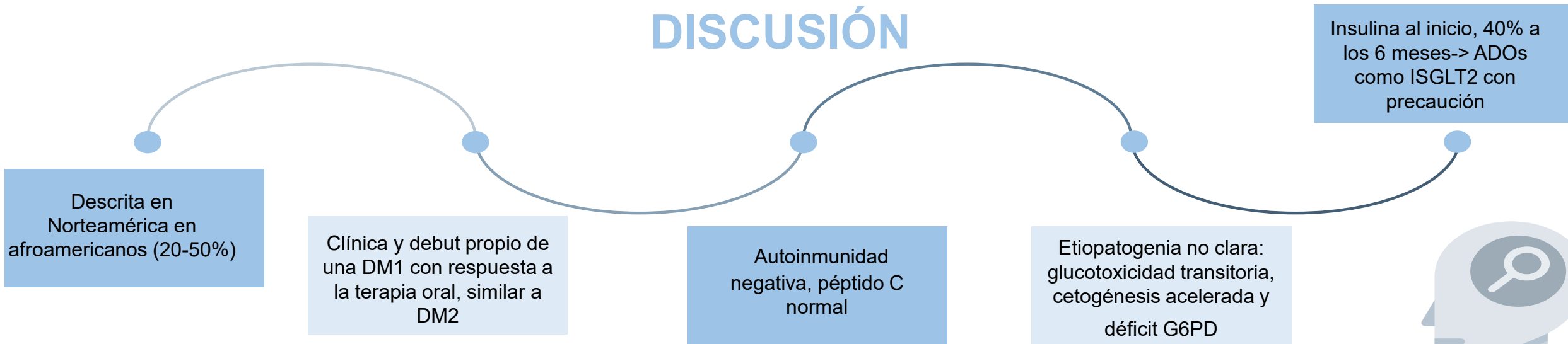
**Al alta:** Insulina lenta 30 UI antes de desayuno y 30UI cena. Insulina rápida 15 UI antes de desayuno, almuerzo y cena y 10 UI en merienda. Pauta correctora antes de desayuno, almuerzo, merienda y cena.

**En el seguimiento:** Suspensión de insulina. Metformina 850 mg/12h.

**DIABETES FLATBUSH/DIABETES TIPO 2 CON TENDENCIA A LA CETOSIS**



## DISCUSIÓN



Características clínicas	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2	Diabetes con tendencia a cetosis
Edad	Pubertad, 30-40 años	>45 años	40-50 años
Sexo	Distribución similar	Más en mujeres	Más en hombres
Complicaciones agudas	Cetoacidosis diabética	Coma hiperosmolar	Cetoacidosis diabética
Peso	Normal o bajo	Alto	Normal o alto
Herencia	HLA DR3, DR4	Poligénica	Antecedentes familiares de DM2
Peptido C	Bajo o ausente	Alto	Bajo o normal
Resistencia a la insulina	No	Sí	No
Anticuerpos	Sí	No	No
Tratamiento	Insulina	Antidiabéticos orales o insulina	Al inicio insulina, después antidiabéticos orales

## CONCLUSIONES

- La diabetes debe ser definida como un *conjunto* de trastornos heterogéneos cuyo elemento común es la hiperglucemia.
- Tratamiento de la diabetes según las características de ésta y el estado metabólico que la acompaña. Aunque la CAD requiere una terapia inmediata con insulina, el tratamiento a largo plazo depende del tipo de enfermedad.
- Pacientes adultos que se presentan con CAD -> principal desafío diagnóstico: dilucidar si es causada por DM1 o una DM2 con tendencia a cetosis.
- Esencial aumentar conciencia y facilitar la comprensión de la DM2 con tendencia a la cetosis para individualizar la estrategia de control glucémico en nuestros pacientes.

GRACIAS