

Diabetes en imágenes

Cetoacidosis diabética y acantosis «nigricans»: una asociación infrecuente

Diabetic ketoacidosis and acanthosis nigricans: an infrequent association

B. Hasbum-Fernández, F.J. Ampudia-Blasco^a

Servicio de Medicina Interna. Hospital «México». Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica. La Uruca (Costa Rica).

^aUnidad de Referencia de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Caso clínico

Adolescente de 13 años, sin antecedentes personales patológicos relevantes, que acudió al servicio de urgencias médicas con un cuadro de un mes de evolución de pérdida de peso de 15 kg, aproximadamente (peso habitual: 74 kg; IMC: 29 kg/m²), asociado a astenia, poliuria y polidipsia. Antecedentes familiares de madre con diabetes. No era fumadora ni alérgica a ningún fármaco. El examen físico de ingreso evidenció a una paciente deshidratada, con taquipnea, sin alteración del sensorio. En la exploración cervical, se constató la presencia de acantosis *nigricans* (figura 1). Los exámenes iniciales mostraron una glucemia de 868 mg/dL, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 18,9%, cetonemia de 3+ (análisis semicuantitativo), función renal normal, sodio de 126,9 mmol/L, potasio de 4,06 mmol/L, osmolaridad de 298 mOsm/L, pH de 7,38, pO₂ de 78 mmHg, HCO₃ de 14,8 mmol/L, y pCO₂ de 25 mmHg. Se inició manejo con insulina cristalina intravenosa. A las 36 horas, una vez que el HCO₃ fue superior a 18 mmol/L, se suspendió la perfusión de insulina y se instauró tratamiento con dosis crecientes de insulina cristalina y NPH subcutáneas. Durante su estancia hospitalaria, se descartó la presencia de patología tiroidea autoinmune, autoanticuerpos pancreáticos (anti-GAD, antinsulina), esteatosis hepática y retinopatía diabética. Ante esta evidencia, en especial la presencia de acantosis *nigricans* y la ausencia de autoinmunidad pancreática, la enfermedad de esta paciente se clasificó como diabetes tipo 2. Antes del alta hospitalaria, se sustituyó el tratamiento insulínico por glibenclamida (5 mg/día) y metformina (500 mg dos veces al día). Seis meses después, ante una elevada tasa de hipoglucemias, se suspendió glibenclamida y se continuó con metformina en monoterapia



Figura 1. Acanthosis *nigricans* en el cuello de la paciente

(500 mg dos veces al día). La HbA_{1c} en la consulta externa ha oscilado entre el 5 y el 8,3%.

Comentario

Hasta hace algunos años, se consideraba que la diabetes juvenil o tipo 1 se presentaba exclusivamente en niños y adolescentes, siempre en una forma abrupta, y que precisaba insulinización precoz y permanente. Por su parte, la diabetes del adulto o tipo 2, con un curso más insidioso, podía tratarse con medicación oral. Ahora sabemos que la cetoacidosis diabética no es exclusiva del paciente con diabetes tipo 1, que los adultos con diabetes también pueden presentar, aunque con un curso más insidioso, autoinmunidad pancreática positiva y que la diabetes tipo 2 no es exclusiva del adulto.

La incidencia de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes ha aumentado de forma alarmante. Es un diagnóstico que debe plantearse en todo paciente con obesidad o sobrepeso y signos clínicos de insulinoresistencia, independientemente de la edad y de las manifestaciones clínicas iniciales. ■

Correspondencia:

B. Hasbum-Fernández. Servicio de Medicina Interna. Hospital «México». La Uruca (Costa Rica). Correo electrónico: benhasbum@doctor.com