

HIPOGLUCEMIA NO CETÓSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I.Barragán-Cirne, M.Ortiz-Santamaría, A.López-Mata, C.Martin-Martin, G.Tena-García, L.García-Martin, S.Ruiz-González, P.Alonso-Lopez, L.Inisterra-Viu

1. INTRODUCCIÓN

La sintomatología de la hipoglucemia es más **inespecífica** cuanto menor es la edad del paciente. En caso de hipoglucemia grave, es imprescindible extraer **estudio de hipoglucemia y cetonemia** inmediata. Se trata de una **urgencia metabólica**, por lo que es obligado tener alto índice de sospecha para el diagnóstico y tratamiento inmediato.

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Natural de Pakistan. Padres consanguíneos. Hermana gemela fallecida por cardiopatía de causa no aclarada. Abuelos maternos con Diabetes Mellitus 2 (en tratamiento metformina e insulinoterapia). No otros antecedentes de interés.

3. ANAMNESIS

Varón de 18 meses traído a Urgencias por **irritabilidad** y 2 vómitos en las últimas 24 horas. Asocia **polifagia** sin otra clínica. No ingesta de fármacos.

4. EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración presenta un TEP inestable (por apariencia), con constantes en rango. Examen por aparatos normal, salvo **irritabilidad** que calma parcialmente en brazos.

5. EVOLUTIVO

I) ABCDE

- Se realiza glucemia capilar (**31 mg/dl**) que tras glucosa oral asciende a 52 mg/dl. **Cetonemia negativa**.

II) TRATAMIENTO DE URGENCIA

- Control a los 15 minutos (39 mg/dl).
- Imposibilidad para canalizar vía periférica (VVP).
- Aparece obnubilación y glucemia indetectable.
- Se administran 2 dosis de **glucagón intramuscular**.

III) TRATAMIENTO DE SOPORTE

- Se logra canalización de VVP.
- Se extrae estudio de hipoglucemia.
- Se administran **2 ml/kg de suero glucosado al 10%**.

IV) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Se confirma hipoglucemia venosa (29 mg/dL) con acidosis metabólica (pH 7.29, pCO₂ 37 mmHg, HCO₃ 17 mmol/L, EB -8.4 mmol/L). Perfil hepatorrenal, iones, CK, amonio y láctico normales. Glucosuria 300 mg/dl.
- Se extrae ACTH, cortisol, insulina, péptido C y TSH.

V) TRASLADO A UCIP

- Presenta mejoría con Glasgow 15, pero hipoglucemia persistente que precisa 2 bolos adicionales de SG10%.
- Se inicia sueroterapia de mantenimiento (aportes de glucosa de hasta 8 mg/kg/min), con glucemia en descenso.
- Ante **hipoglucemia grave no cetósica refractaria al tratamiento**, se decide traslado a UCIP.

VI) INGRESO EN UCIP Y DIAGNÓSTICO

- En la UCIP, presenta progresiva normalización de glucemia y de acidosis, que permite descenso de aportes de glucosa (máximos aportes 12mg/kg/min).
- En anamnesis dirigida los padres refieren **posible ingesta de antidiabéticos orales** del abuelo.
- Cuerpos reductores en orina negativos. En analítica de estudio de hipoglucemia presenta **aumento de Péptido C** (9,94 ng/mL) y de **insulina** (84,5 UI/mL).
- Resolución de la hipoglucemia a las 48 horas.
- Diagnóstico final: hipoglucemia grave no cetósica secundaria a intoxicación por antidiabéticos orales.**

6. CONCLUSIÓN

- Los episodios de hipoglucemias repetidas pueden causar secuelas neurológicas.
- Las intoxicaciones ocultas en <6 años suelen ser accidentales.
- Ante hipoglucemia refractaria o con inicio de alteración de la consciencia puede administrarse glucagón intravenoso o intramuscular.
- Ante hipoglucemias no cetósicas el diagnóstico diferencial incluye **metabolopatías, deficiencia de hormonas contrarreguladoras, hiperinsulinismo congénito, insulinoma, hipoglucemia facticia e ingesta de hipoglucemiantes.**

