

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Fisiopatología III
“Caso clínico 07 de junio de 2020”

Thania Guadalupe López Guillén

Paciente masculino de 59 años de edad, acude a consulta por presentar, desde hace 3 semanas, pérdida de peso, poliuria y polidipsia marcada, acudió a médico de farmacia similar quien inició metformina tabletas 850 mg, 1 tableta cada 12 hr, además le recomendó ensure como suplemento.

A la exploración, de importancia: SV: FC: 67 lpm, FR: 17 rpm, Temp: 36.4°C, PA: 118/78 mmHg

Peso: 73kg, Talla: 163cm, Circunferencia abdominal= 99 cm.

Glucemia capilar = 289 mg/dl

Cardiovascular sin compromiso evidente.

Hiporreflexia de reflejo rotuliano y aquileo de lado izquierdo.

Hipoestesia e hipoalgesia en planta y dorso de pie derecho.

Laboratorio de hace una semana:

Glucosa en ayuno= 256 mg/dl

HbA1C= 9.8%

Perfil de lípidos con perfil aterogénico

Con lo anterior, responda:

¿Qué diagnósticos integra? Diabetes mellitus tipo 2, según la guía de práctica clínica nos dice que se recomienda utilizar la HbA1C para confirmar el diagnóstico de DM2 en pacientes que dieron positivo en el primer tamizaje debutando con una glucosa en ayunas entre 100-125 mg/dl. Un resultado de HbA1C >6.5% confirma el diagnóstico.

Perfil aterogénico, indicaría el daño endotelial, con el aumento de ácidos grasos libres al consumir dietas hipercalóricas y altas en contenido lipídico, ya que la glucosa no está entrando correctamente a la célula, que se manifiesta como un déficit de energía y por ende mayor consumo de alimentos.

Se integra, además, datos del paciente, como, las “3P” (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) sugestivas al diagnóstico indicado. Poliuria, el aumento del consumo de líquidos por afectará en la tasa de filtración glomerular, este se da por la polidipsia como intento para regular la osmolaridad y aumento de glucosa libre en el intento de eliminarla. La pérdida de peso se da por la utilización de glucogéno del músculo esquelético.

Se añade, los datos del IMC de 27.5 estando en sobrepeso, el perímetro abdominal se encuentra en 99cm como factor de obesidad condicionando al aumento de tejido adiposo, que dará como resultado la resistencia a la insulina.

Otros datos a agregar son la afectación nerviosa, hiporreflexia de reflejo rotuliano y aquileo de lado izquierdo. Hipoestesia e hipoalgesia en planta y dorso de pie derecho, da a indicar la neuropatía diabética, como resultado de la hiperglucemia, causando daño endotelial, principalmente a la vasa nervorum, que son los vasos que irrigan a nervios periféricos, el resultado es una microangiopatía causando edema axonal, por el acumulo de glucosa, afectando la transmisión nerviosa y por ende la destrucción de la vaina de mielina, el resultado la destrucción neuronal.

¿Qué elementos de la exploración física es necesario buscar intencionadamente en este paciente?

Realizar examen de fondo de ojo, para la retinopatía diabética, además de que, en las consultas de control, se debe realizar examen de pies, para la sensibilidad de los mismos y la prevención del pie diabético. Además de mantener un estricto control de la tensión arterial para prevenir enfermedades cardiovasculares, ya que el dx de DM2 condiciona dicho riesgo cardiovascular. Evaluar la textura de la piel, que no esté reseca o con lesiones.

¿Qué otros estudios son necesarios?

Valorar y dar un seguimiento de la glucosa en ayuno, posprandial y de la HbA1C. La bibliografía indica que se puede hacer uso de la prueba de tolerancia a la glucosa, pero este es solo cuando el paciente es sospechoso al dx de DM. Realizar un EKG para evaluar la existencia de enfermedades cardiovasculares. Electrolitos séricos para identificar problemas a nivel de la transmisión de señales.

Dejaría el tratamiento recomendado o haría modificaciones ¿Por qué?

Se dejaría metformina, ya que es un hipoglucemiante reduciendo la dosis a emplear dejando 425mg al día hasta alcanzar la dosis meta según la guía de práctica clínica, además que las bibliografías mencionan que los hipoglucemiantes son los de

primera elección en diabetes recién diagnosticada porque aumentan la secreción de insulina, los que reducen la producción de glucosa, los que aumentan la sensibilidad a la insulina, los que intensifican la acción de GLP-1 y los que inducen la excreción urinaria de glucosa. Además de los ya mencionados cambios en el estilo de vida, la dieta de tipo DASH y el aumento de la actividad física. Retirar el consumo de Ensure, y optar por otro tipo de suplementos alimenticios que garanticen el consumo necesario y óptimo de carbohidratos, ya que su catabolismo proporciona el aumento energético, este suplemento, contiene un alto índice del mismo, por lo tanto, no es recomendable.

Referencias

Farreras Valenti, P., & Rozman, C. (2016). *Medicina interna*. España: Elsevier.

Grossman Sheila, M. P. (2014). *Porth Fisiopatología*. España: Lippincott Williams & Wilkins.

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Fauci, A., Longo, D., & Loscalzo, J. (2016). *HARRISON Principios de medicina interna*. United States: McGraw-Hill.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>

<https://www.diabetes.org/risk-test>

<https://www.gob.mx/salud/articulos/indicadores-de-sobrepeso-y-obesidad?idiom=es>

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001200012&script=sci_arttext&tlng=e