Reunión Clínica 10 de Marzo 2018

10:15 – 11:00

"DIABETES ASOCIADA A FIBROSIS QUISTICA"

Presenta: Dr. Julio Soto B.
Becado 2º año Endocrinología Pediátrica
IDIMI, Hospital San Borja Arriarán.

CASO CLÍNICO 2

Adolescente de sexo masculino, 10 años 11 meses. Antecedentes de hijo de padres sanos no consanguíneos. Destaca antecedente de 2 tíos abuelos maternos fallecidos antes del año de vida por cuadros de neumonia. RNPT 36 semanas, adecuado para la edad gestacional (AEG), PN 2800 grs (0.28 DE) y TN 48 cm (0.11 DE), sin pesquisa neonatal de tripsina inmunoreactiva. Se realiza diagnóstico de fibrosis quística e insuficiencia pancreática a los 2 meses de vida por clínica (cuadros respiratorios, atelectasia persistente, sudor salado y síndrome malabsortivo) y estudio molecular (F508del;elastasa fecal 15 ug E1/g). En su evolución destacan múltiples hospitalizaciones por exacerbaciones respiratorias asociadas a gérmenes bacterianos y fúngicos y aspergilosis broncopulmonar alérgica que ha requerido manejo con bolos de metilprednisolona. Dado deterioro de su función pulmonar requiere uso de AVNI nocturno. Por riesgo nutricional se realiza gastrostomía en marzo de 2015.

Evaluado en endocrinología desde los 8 años 5 meses (12/06/2015) por valores de glicemia alterados en contexto de hospitalización por deterioro de función pulmonar por probable aspergilosis (PTGO glicemia basal 163 y post 120 min 178 mg/dl; con monitoreo de glicemia con registro post desayuno límite que alcanza 190 mg/dl; con glicemia en ayunas de 98 mg/dl y Hba1c 5.2%, dentro de límites normales). Se presenta en reunión clínica a la edad de 8 años 6 meses (30/06/15), en donde dado elementos insuficientes para diagnóstico de diabetes relacionada a fibrosis quística (CFRD), no tendría indicación de insulina y se sugiere control ambulatorio con glicemias capilares pre y post prandiales. Paciente evoluciona con valores de glicemias capilares adecuados hasta control en octubre de 2017 (10 años 8 meses de edad), en donde en monitoreo continuo de glucosa con FreeStyle libre se evidencian hiperglicemias postprandiales entre 200 a 350 mg/dl, por lo que se repite PTGO (administrándose 62.5 gr de glucosa) con glicemia basal de 91 mg/dl y a los 120 minutos de 245 mg/dl. Con estos exámenes y evolución se decide inicio de terapia con insulina ultrarrápida prandial (06-11-2017) de acuerdo a glicemias preprandiales (140-250 mg/dl 0.5 UI y >250 mg/dl 1 UI). Los requerimientos de insulina han sido 5 dosis en noviembre, 11 dosis en diciembre y 8 dosis en enero hasta la fecha (23/01/2018) y sólo de la dosis más baja del esquema. Se ha mantenido estable en el peso y función pulmonar.

Referencias:

1. Moran et. al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Management of cystic fibrosis-related diabetes in children and adolescents. Pediatric Diabetes 2014: 15(Suppl. 20): 65–76
2. Kelly and Moran. Update on cystic fibrosis-related diabetes. Journal of Cystic Fibrosis 12 (2013) 318–331
3. Brennan et al. Clinical Updates in Cystic Fibrosis–Related Diabetes. Semin Resp Crit Care Med 2015;36:236

Tabla resumen de exámenes

	2015		2016	2017		
	JUNIO	NOVIEMBRE	ABRIL	ENERO	JULIO	OCTUBRE
PTOG Basal Postcarga (2hs postcarga glucosa 1,75 gr/kg/dosis)	 163 178 (Muestra tomada de CVC)		 94 155 Insulinemia Basal 20 Postcarga 20,7	 87 97		 91 245
Hb A 1C	5,2%	5,9%	5,4%		5.7%	5.2%