

Reunión Clínica 12 de Mayo 2018

10:15 – 11:00

“DIABETES MELLITUS 1 EN EL ADULTO MAYOR”

Presenta: Dra. Isabel Errázuriz Cruzat
Medicina Interna-Diabetología
Clínica Alemana

Caso Clínico 2:

Mujer, 71 años, casada, dueña de casa.

MC: Derivada de servicio de urgencia de CAS en febrero 2018 donde consultó por hiperglicemia de hasta 441 mg/dL en automonitoreo. Se descartó SHH o CAD y causa descompensante infecciosa.

Antecedentes: DM2 (2011), dislipidemia e hipotiroidismo en tratamiento con atorvastatina y levotiroxina.

Historia de su DM2: Paciente consultó en centro médico de Santiago en Marzo 2011 con historia de glicemia en rango de GAA de 2 años de evolución. Antecedente familiar de 1 hermana con prediabetes. Peso máximo 80 kg (IMC 30 kg/m²) 5 años antes, peso en la consulta 76.5 (IMC 28.8 kg/m²), sin estigmas de RI al examen físico. Se le solicitó PTGO: glicemia 124/211, insulinemia 6/36, A1c 6.8%. Se realiza diagnóstico de DM2 e inicia metformina. Adhiere a tratamiento y controles, con A1c siempre bajo 7%, sin falla compromiso macro ni microvascular, LDL 85 mg/dL, HDL 58 mg/dL, TG 96 mg/dL. Por baja de peso de 8 kg, en Noviembre 2011 se repite PTGO: glicemia 116/205, insulinemia 5.8/44, manteniendo terapia.

Entre 2011 y 2016, mantuvo controles en GES con múltiples médicos.

Enero 2016 cursó con diverticulitis no complicada con baja de peso e hiperglicemia.

Marzo 2016 consulta a Diabetes en CAS, tomando metformina, trae A1c de 11%. Peso 62.7 kg (IMC 23,6). Panel glicémico solicitado mostró sólo algunas hiperglicemias precena. Se mantiene terapia. En junio 2016 trae A1c 6.6%, peso sin cambio significativo.

Paciente sigue controles en GES hasta febrero 2018, que consulta con Dra. Krausse. Estaba con glimepirida 1 mg, Metformina 850 mg, sitagliptina/metformina 50/1000. Peso 58 kg. A1c 6.4%, LDL 79 mg/dL, HDL 72 mg/dL, TG 77 mg/dL. Por baja de peso y mayores requerimientos de ADO, se le solicita TAC de abdomen, marcadores inmunológicos y automonitoreo.

En Febrero presenta hiperglicemia en automonitoreo de hasta 441, por lo que consulta en SUCA, donde se evidencia paciente estable en lo hemodinámico, sin evidencia de factor descompensante ni descompensación metabólica severa. Residente de Urgencia coordina evaluación por Diabetes para el día siguiente en la mañana.

En consulta, posterior a TAC de abdomen, se realiza anamnesis dirigida, nuevamente sin causa evidente de hiperglicemia. En automonitoreo, hiperglicemia, pero también glicemias dentro de metas (147 post prandial). Se decide solicitar monitoreo continuo de glucosa, se suspende glimepirida y se agrega dapagliflozina. Se deja insulina glulisine para manejo de hiperglicemia aguda severa.

Horas después, se reinterroga a la paciente dirigida por uso de corticoides. Paciente admite haber usado prednisona para evitar alergia a medio de contraste.

Dos semanas después, asiste a control con descarga de monitoreo continuo sin evidencia de hiperglicemia severa, A1c calculada 6,3%, baja de peso de 6 kg. Se suspende dapagliflozina y se indica, sitagliptina. TAC Abdomen sin evidencia de lesiones malignas en páncreas.

Días después, paciente manda resultado de marcadores inmunológicos ICA (+), IAA (+), anti GAD (+), IA2 (+).

Manejo posterior del caso se discutirá en reunión.

REFERENCIAS

1. [Pollak F1, Vásquez T.](#) Latent autoimmune diabetes in adults. [Rev Med Chil.](#) 2012 Nov;140(11):1476-81.
2. [Dhaliwal R, Weinstock RS.](#) Management of Type 1 Diabetes in Older Adults. [Diabetes Spectr.](#) 2014 Feb;27(1):9-20.
3. Yamaguchi, H., Kanadani, T., Ohno, M., & Shirakami, A. (2016). An Ultra-Elderly Case of Acute-Onset Autoimmune Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal Of Endocrinology And Metabolism*, 6(2), 71-74.