



### CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN GESTANTES. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Crespo Bañón, P (1), Juan Pérez, A (1) Valenciano Rodríguez, M (1), Gallego Pozuelo, RM (1), Llamas Sarriá, MA (1), Merlos Martínez, MI (1), Ruiz Boluda, MI (1), Muñoz Contreras, M (2)  
(1) MIR Medico Interno Residente (2) FEA Facultativo Especialista Adjunto

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda grave, típica de las diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Ocurre en un 0,5-3% de las gestantes con DM siendo más frecuente en 2º y 3º trimestre.

- **Causas:** cambios metabólicos fisiológicos ( $\uparrow$ receptores de insulina con “predisposición a la cetosis”), corticoides, tocolisis...
- **Clínica:** similar a la población general pero de instauración más rápida junto a repercusión fetal (hipoxemia y acidosis).

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años, G1, 30+6SG, DM1 pregestacional mal controlada, que consulta en urgencias por sensación de dinámica uterina. Al valorarla, se objetiva dinámica uterina regular en el RCTG y una cervicometría de 14 mm por ecografía TV. Ante el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APP), se decide ingreso para tratamiento. Se inicia tocolisis con atosiban y se administra 1ª dosis de betametasona IM para maduración pulmonar fetal (MPF).

A las horas, la paciente refiere aumento de la dinámica uterina a pesar del tratamiento. Se le explora y, ante las modificaciones cervicales y la dinámica uterina sintomática, se opta por adelantar 2ª dosis de MPF, se inicia perfusión de sulfato de magnesio y se le traslada a paritorio para vigilancia estrecha.

Una vez en paritorio, la paciente presenta notable empeoramiento del estado general con letargia, náuseas y vómitos, taquipnea... Se objetiva glucemia capilar de 300 mg/dL y cuerpos cetónicos en orina. Dado el diagnóstico de sospecha de CAD (antecedentes, clínica y evaluación inicial compatibles), se contacta con el servicio de Anestesiología y Reanimación y se inicia el tratamiento oportuno: sueroterapia + perfusión de insulina rápida 0,1 UI/kg/h + bolos de insulina rápida + reposición de HCO<sub>3</sub>. Además, se amplía el estudio y se solicita gasometría arterial (pH 7,13; HCO<sub>3</sub> 4 mmol/L) y analítica de sangre completa (glucosa 447 mg/dL; Cr 1,12 mg/dL; ácido úrico 7,2 mg/dL...).

Ante la ausencia de mejoría clínica y la presencia de criterios de ingreso en UCI, se indica finalización de la gestación mediante cesárea urgente, naciendo una mujer de 2246 g (p97) con Apgar 8/9/10 que ingresa en UCI neonatal por distrés respiratorio y riesgo de hipoglucemia (sangre de cordón: gases arteriales (pH 7,08; láctico 4,6; glucosa 385) y gases venosos (pH 7,13; láctico 4,3).

#### **PARTICULARIDADES ANALÍTICAS 2ª CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA GESTACIÓN**

- CAD “euglucémica” - glucemia inferior a la esperada (por  $\uparrow$  volumen de distribución).
- Acidosis metabólica enmascarada (por alcalosis respiratoria).
- Anión GAP normal (por  $\downarrow$  albúmina - útil medir beta-hidroxibutirato sérico).
- Niveles de Cr en rango ( $\uparrow$  TFG).

#### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

- La **mortalidad materna** oscila según las series retrospectivas del **5 al 15%**.
- La **mortalidad fetal** varía según series históricas, del **9 al 10%** del total de las CAD diagnosticadas durante la gestación. No están claras sus causas; aunque se cree que es ocasionada por una disminución de la perfusión uterina y una acidosis metabólica fetal.
- Son muy escasos los estudios que describan la morbilidad fetal tras la exposición a una CAD materna.

#### Bibliografía

*Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2022*