

El pánico de la hipoglucemia



La habitación del Pánico (2002)

Elia Campos Davó (Rotatorio de 6º Pediatría)
Tutor: Marco Gómez (Urgencias)

Servicio de Pediatría, HGUA

NUESTRO CASO



- Niña de 20 meses. La madre refiere que tiene la mirada perdida desde el inicio de la mañana.
- AP. Insuficiencia suprarrenal en seguimiento. Cuadro catarral de vías altas de unos días de evolución. Afebril. Rechaza tomas. No vómitos.
- Tratamiento habitual:
 - Hidrocortisona (solución 5mg/ml) 0,32 ml cada 8 horas vo.
 - Fluor-hidrocortisona (comprimidos) 0,1 cada 24 horas vo.

NUESTRO CASO



- **Exploración física:**
 - Peso: 11 Kg **Dextro: Low**
 - Estado general: **Desconexión del medio con mirada perdida**. Mioclonias oculares. Palidez cutánea. Mucosidad nasal.
 - ACP: Buena entrada de aire bilateral con ruidos transmitidos de vías altas. No distrés. Tonos rítmicos sin soplos. Pulsos palpables.
 - ABD: Blando y depresible sin masas ni megalias. No distendido ni doloroso.

ETIOLOGÍA



- **La hipoglucemia es una urgencia**, sobre todo en menores de 7 años cuando la glucemia es menor de 20 mg/dl (=LO/LOW en sistemas de glucemia capilar).
- Distribución etiológica según edades:

<2 años	1. Hipoglucemia neonatal transitoria 2. Hiperinsulinismo 3. Déficits enzimáticos 4. Deficiencia de hormonas contrarreguladoras
	2-8 años 1. Hipoglucemia cetósica del ayuno 2. Otros: fallo hepático, intoxicaciones
>8 años	1. Adenoma pancreático o insulinoma 2. Otros: fallo hepático, intoxicaciones

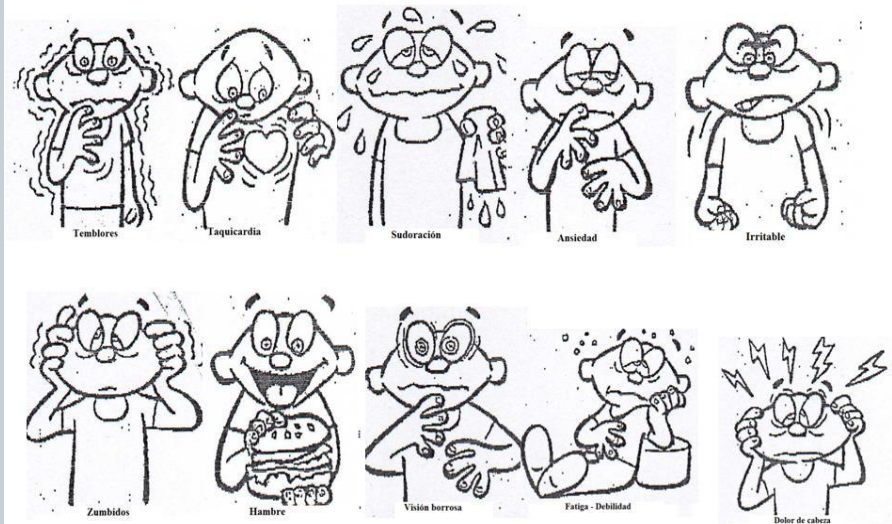
SÍNTOMAS DE LA HIPOGLUCEMIA



- La sintomatología es muy inespecífica, siendo mayor el riesgo de secuelas neurológicas en los niños más pequeños (neonatos y lactantes).

AUTONÓMICOS	NEUROGLUCOPÉNICOS
Sudoración	Irritabilidad
Palidez	Visión borrosa
Temblor	Letargia
Taquicardia	Confusión
Náuseas	Vértigo
Debilidad	Convulsiones, coma, muerte

SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA



MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN UPED



Tratamiento de **hipoglucemias graves:**

- Establecer vía venosa
- Bioquímica sanguínea con glucemia venosa
- Mientras:
 - Perfusión de glucosado a 6 mg/Kg/min
 - Administrar bolo de glucosado a 0,5 g/kg
- **Controles de glucemia cada 15-20 minutos** hasta recuperación y precaución **rebote hiperglucémico posterior**
- Tanto la hipo como la hiperglucemia favorecen el **edema cerebral, se debe evitar el aporte excesivo de líquidos**



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DEL CASO



BIOQUÍMICA

Glucosa	14 mg/dl
Urea	29 mg/dl
Creatinina	0,27 mg/dl
Sodio	134 mmol/L
Potasio	4,6 mmol/L
Calcio	10,5 mg/dl
GOT	51 U/L
OSM	264 mOsm/Kg
PCR	1,84 mg/dl

GASOMETRÍA VENOSA

pH	7,29
Bicarbonato	18,3 mmol/L
Lactato	1,4 mmol/L
Saturación O2	94,4%

ESTUDIO HORMONAL

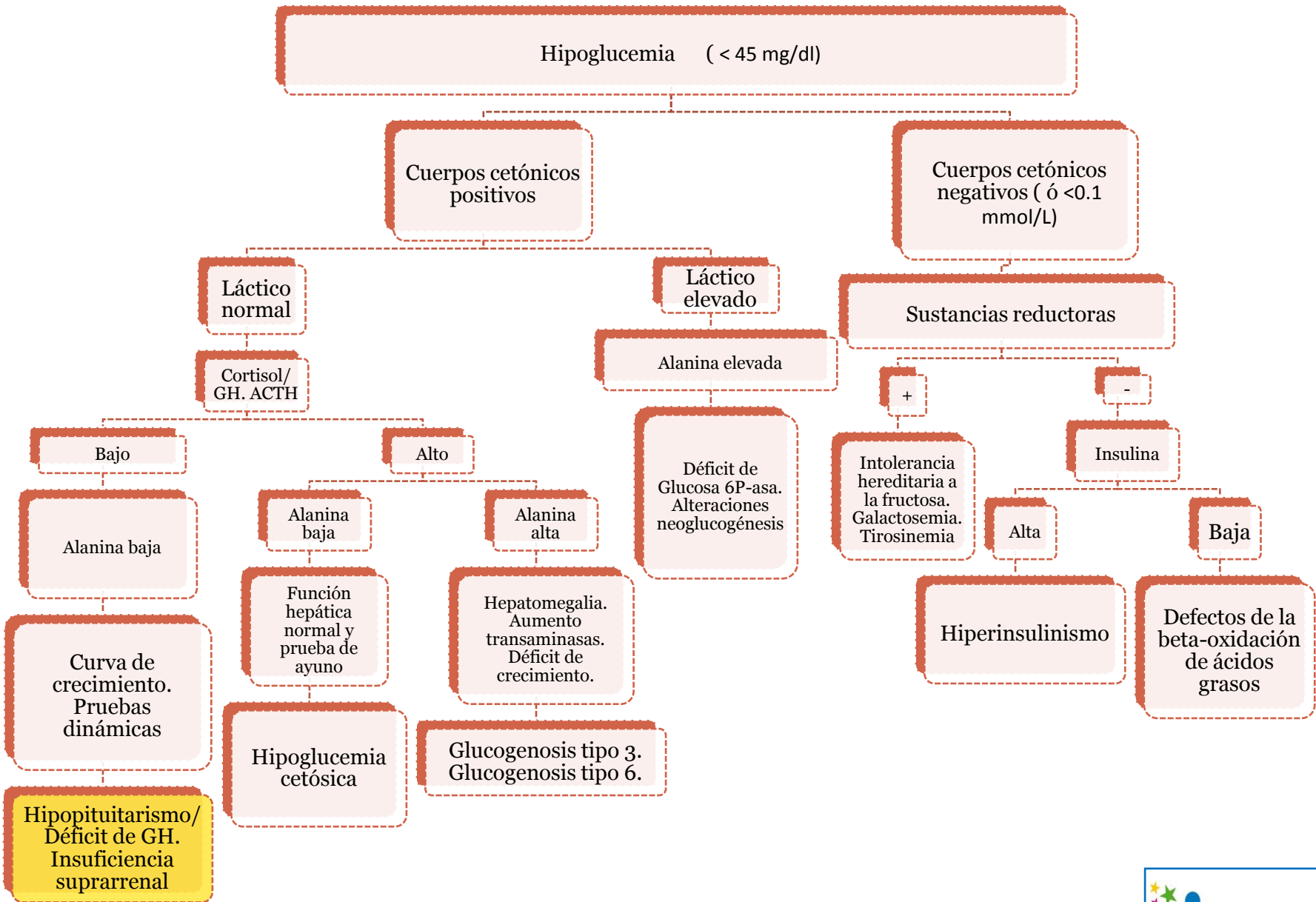
ACTH	2616 pc/ml ↑
Cortisol	27 microgramos/dl
TSH	0,71 mU/L
T4	1,6 ng/dl
Renina	>30 ng/ml/h ↑
GH	6,0 ng/ml

EVOLUCIÓN



- La paciente presenta **recuperación del estado de conciencia** y cese de los movimientos oculares, con **control glucémico posterior de 117 mg/dl.**
- Inicia alimentación oral y se bajan fluidos hasta suspensión.
- Presenta fiebre de 38°C y se administran antitérmicos.
- Ante buena evolución y respuesta al tto, se da alta a domicilio con cambios de tindicados por Endocrinología Pediátrica.





BIBLIOGRAFÍA



- Donohoue PA, Geffner ME. Treatment of adrenal insufficiency in children. UpToDate.[en línea] [fecha de consulta: 27-01-2017]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.publicaciones.umh.es/contents/treatment-of-adrenal-insufficiency-in-children>
- Sunehag A, Haymond MW. Approach to hypoglycemia in infants and children. UpToDate.[en línea] [fecha de consulta: 27-01-2017]. Disponible en: <https://www-uptodate-com.publicaciones.umh.es/contents/approach-to-hypoglycemia-in-infants-and-children>
- Guerrero Fernández J, Ruíz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ, Barrios Tascón A. Hipoglucemia. En: Guerrero Fernández J, Ruíz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ, Barrios Tascón A (eds.). Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5ª ed. Madrid; 2010.p.565-569

