



<https://www.revclinesp.es>

## 1090 - COREA HIPERGLUCÉMICA NO CETÓSICA: SERIE DE TRES CASOS

Lourdes Rodríguez-Cruz<sup>1</sup>, Paulino Montiel-Gómez<sup>1</sup>, Elena M. González-Pavía<sup>1</sup>, Pablo Rosales-García<sup>1</sup>, Sara Hami-Gil<sup>2</sup>, Perla Rodríguez-García<sup>1</sup>, Marta Ruiz-Romera<sup>1</sup> y María González-Carol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España. <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

### Resumen

**Objetivos:** La estriatopatía diabética (ED) es una complicación rara de la diabetes, caracterizada por movimientos involuntarios (corea/balismo), junto con una situación de hiperglucemia y alteraciones en el cuerpo estriado visibles en neuroimagen. Se trata de un diagnóstico clínico-radiológico, y presenta buena respuesta al control glucémico.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo en forma de serie de tres casos diagnosticados de estriatopatía diabética en un hospital de especialidades. Se recogieron variables clínicas y analíticas relevantes. Se mantuvo la confidencialidad de los datos según la normativa vigente. Se realizó el análisis descriptivo utilizando IBM SPSS Statistics, versión 25.

**Resultados:** Se incluyeron tres pacientes, dos de sexo femenino. Con una edad media al diagnóstico de 58 años. En cuanto a antecedentes, todos los pacientes habían sido diagnosticados previamente de diabetes, con una media de 15 años de evolución. Presentaban mal control metabólico, con HbA<sub>1c</sub> medias previo al episodio de 15%, y asociaban lesión de órgano diana. Todos presentaban enfermedad renal crónica de origen diabético, requiriendo uno de los pacientes terapia renal sustitutiva. Además, dos de ellos presentaban afectación vascular y retinopatía, y uno de ellos neuropatía y pie diabético. En cuanto al tratamiento basal, todos los pacientes recibían insulinoterapia y uno de ellos asociaba antidiabéticos orales. Dos pacientes presentaban al menos otro factor de riesgo cardiovascular. Los pacientes consultaron por movimientos involuntarios en el contexto de hiperglucemia no cetósica, con una media de glucemia a su llegada de 690 mg/dl. En las pruebas de neuroimagen todos los casos presentaron afectación en los ganglios basales contralaterales, confirmados mediante tomografía computarizada. Los tres pacientes requirieron ingreso. El tratamiento consistió en el control glucémico y neurolépticos. La evolución fue favorable en los dos casos donde se consiguió control glucémico (HbA<sub>1c</sub> media de 8,73%), con resolución completa de la clínica. Destaca la presencia de secuelas en el caso donde no se consiguió un control glucémico (HbA<sub>1c</sub> 11%). Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento por otras complicaciones asociadas a la diabetes mellitus. En la tabla se resumen las características de los pacientes.

Características epidemiológicas, clínico-analítica, tratamiento y desenlace de los pacientes estudiados

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
<b>Edad (años)</b>	52	63	59
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Hábitos tóxicos</b>	No	Sí, alcohol	Sí, alcohol y tabaco
<b>Otros FRCV</b>	Sí, HTA, DLP y obesidad	No	Sí, HTA, DLP y obesidad
<b>Tipo de DM</b>	2	3c o pancreatogénica	1
<b>Año debut DM</b>	2007	2022	1999
<b>OD afecto</b>	Sí, neuropatía, retinopatía y nefropatía	Sí, nefropatía y microvasculatura	Sí, retinopatía, nefropatía y vascular.
<b>ADO al ingreso</b>	Sí, metformina	No	No
<b>ISGLT2 y aGLP1</b>			
<b>Insulina basal al ingreso (UI)</b>	48	16	18
<b>Insulina Rápida al ingreso (UI)</b>	46	36	24
<b>Enfermedad neurológica</b>	No	No	No
<b>HbA<sub>1c</sub> previo al ingreso<sup>10</sup> (%)</b>	-	20,3	9,7
<b>HbA<sub>1c</sub> ingreso (%)</b>	15,7	14,9	-
<b>Glucemia capilar ingreso (mg/dl)</b>	573	600	900
<b>pH</b>	7,37	7,4	7,3
<b>Cuerpos cetónicos</b>	Ausencia	Ausencia	Ausencia

Corea	Brazo-pierna	Brazo-cara	Brazo
Unilateral	Unilateral	Unilateral	
Otra afectación neurológica	No	Déficit motor, PFSN izquierda	No
Diagnóstico concomitante	No	Sí, ictus isquémico de origen aterotrombótico en territorio cápsulo-ganglionar derecho.	No
Prueba de imagen	Sí, TC y RM	Sí, TC y RM	Sí, TC
Hallazgos TC	Hiperdensidad asimétrica cabeza caudado y lenticular-globo pálido derechos.	Hiperdensidad asimétrica unilateral en ganglios caudado y lenticular derecho.	Hiperdensidad asimétrica unilateral en ganglios de la base derechos.
Hallazgos RM	Hipertintensidad en T1 en región de núcleo lenticular y caudado derechos.	Hipertintensidad en T1 cabeza del núcleo caudado derecho, margen del núcleo lenticular y brazo anterior de la cápsula interna ipsilateral.	-
Tratamiento	Control glucémico	Control glucémico	Control glucémico
Neuroléptico (olanzapina)	Neuroléptico (levetiracetam)	Neuroléptico (levetiracetam)	
Respuesta al tratamiento	Completa	Subtotal	Completa
Duración ingreso (días)	9	9	3
ADO al alta	Sí, metformina	No	No
Insulina basal al alta (UI)	Sí, 36	Sí, 16	Sí, 18

Insulina rápida al alta (UI)	Sí, 26	Sí, 36	Sí, 24
Recidiva	No	No	No
Secuelas	No	Sí	No
Pruebas de imagen de seguimiento	No	Sí, TC y TM	No
Hallazgos	-	Mismos hallazgos que al ingreso	-
HbA <sub>1c</sub> seguimiento (%)	5,57	11	9,6
Desenlace	Viva	Fallecido	Fallecida
Tiempo de supervivencia	-	10 meses	4 meses

FRCV: factores de riesgo cardiovascular;  
HTA: hipertensión arterial; DLP: dislipemia;  
DM: diabetes mellitus; OD: órgano diana;  
ADO: antidiabéticos orales; ISGLT2:  
inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; aGLP1: agonistas del receptor GLP1;  
HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glicosilada; HbA<sub>1c</sub> previo al ingreso: entre 1 año y 3 meses  
previo al ingreso; PFSN: parálisis facial supranuclear; TC: tomografía computarizada;  
RM: resonancia magnética; HbA<sub>1c</sub> seguimiento: entre 1 año y 3 meses tras el ingreso.

**Conclusiones:** La estriatopatía diabética aparece típicamente en mujeres con mal control metabólico, aunque puede tratarse de una forma rara de debut diabético<sup>1</sup>. Analíticamente predomina la hiperglucemias no cetósica, aunque se han reportado casos en el contexto de cetoacidosis diabética<sup>2</sup>. Característicamente la afectación es unilateral, sin embargo, se han descrito casos que asocian otra focalidad<sup>3</sup>. El pilar del tratamiento es el control glucémico, asociando en algunos casos el uso de neurolépticos para el control agudo de los síntomas<sup>3</sup>. El conocimiento de esta patología es relevante en la práctica clínica ya que se requiere un alto índice de sospecha. Su diagnóstico precoz podría evitar procedimientos innecesarios.

## Bibliografía

- Cosentino C, et al. Hemichorea/Hemiballism Associated with Hyperglycemia: Report of 20 Cases. *Tremor Other Hyperkinet Mov (NY)*. 2016;6:402.
- García-Prada CA, et al. Hemicorea/Hemibalismo secundario a cetoacidosis diabética. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2018;3(2):79-81.

3. Chua CB, et al. "Diabetic striatopathy": clinical presentations, controversy, pathogenesis, treatments, and outcomes. *Sci Rep.* 2020;10:1594.