



1090 - COREA HIPERGLUCÉMICA NO CETÓSICA: SERIE DE TRES CASOS

Lourdes Rodríguez-Cruz¹, Paulino Montiel-Gómez¹, Elena M. González-Pavía¹, Pablo Rosales-García¹, Sara Hami-Gil², Perla Rodríguez-García¹, Marta Ruiz-Romera¹ y María González-Caro¹

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España. ²Endocrinología 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_{1c} 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 insulino terapia 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_{1c} 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_{1c} 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 |
|---|--|-----------------------------------|---|
| Edad (años) | 52 | 63 | 59 |
| Sexo | Mujer | Hombre | Mujer |
| Hábitos tóxicos | No | Sí, alcohol | Sí, alcohol y tabaco |
| Otros FRCV | Sí, HTA, DLP y obesidad | No | Sí, HTA, DLP y obesidad |
| Tipo de DM | 2 | 3c o pancreatogénica | 1 |
| Año debut DM | 2007 | 2022 | 1999 |
| OD afecto | Sí, neuropatía, retinopatía y nefropatía | Sí, nefropatía y microvasculatura | Sí, retinopatía, nefropatía y vascular. |
| ADO al ingreso | Sí, metformina | No | No |
| ISGLT2 y aGLP1 | | | |
| Insulina basal al ingreso (UI) | 48 | 16 | 18 |
| Insulina Rápida al ingreso (UI) | 46 | 36 | 24 |
| Enfermedad neurológica | No | No | No |
| HbA _{1c} previo al ingreso ¹⁰ (%) | - | 20,3 | 9,7 |
| HbA _{1c} ingreso (%) | 15,7 | 14,9 | - |
| Glucemia capilar ingreso (mg/dl) | 573 | 600 | 900 |
| pH | 7,37 | 7,4 | 7,3 |
| Cuerpos cetónicos | 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 _{1c} 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_{1c}: hemoglobina glicosilada; HbA_{1c}
previo al ingreso: entre 1 año y 3 meses
previo al ingreso; PFSN: parálisis facial
supranuclear; TC: tomografía computarizada;
RM: resonancia magnética; HbA_{1c}
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 diabético¹. Analíticamente predomina la hiperglucemia no cetósica, aunque se han reportado casos en el contexto de cetoacidosis diabética². Característicamente la afectación es unilateral, sin embargo, se han descrito casos que asocian otra focalidad³. El pilar del tratamiento es el control glucémico, asociando en algunos casos el uso de neurolépticos para el control agudo de los síntomas³. 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

1. Cosentino C, et al. Hemichorea/Hemiballism Associated with Hyperglycemia: Report of 20 Cases. Tremor Other Hyperkinet Mov (NY). 2016J;6:402.
2. 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.