



**ID: 4**

**Título:** DIABETES AUTOINMUNE ASOCIADA A INMUNOTERAPIA ONCOLOGICA

**Autores:** DOMINGUEZ MATHEU, Silvina Patricia

**Institución:** Clínica Universitaria Reina Fabiola

---

### **Resumen:**

**Objetivo:**

Poner en consideración una nueva forma de presentación de diabetes autoinmune como evento adverso ante inmunoterapia oncológica. La terapia con anticuerpos monoclonales, dirigidos contra moléculas específicas del sistema inmune o “inhibidores de checkpoints inmunológicos” (ICPI) representa esperanzas alentadoras para el futuro tratamiento de diferentes enfermedades; entre ellas, y de manera predominante, el cáncer. Con el incremento del uso de esta terapéutica se han identificado eventos adversos inmuno-relacionados (irAEs) que se presentan de forma más frecuente en la práctica clínica, por lo que resulta de fundamental importancia su reconocimiento temprano. Presentamos el caso de un paciente varón con historia de cáncer renal metastásico en tratamiento con Nivolumab que debutó con una urgencia médica: trastorno mixto: “cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico”.

**Reporte de un caso:**

Paciente varón de 62 años con antecedentes de cáncer renal de células claras en 2013 (nefrectomía izquierda). En 2017 se constató lesión mediastinal y nódulos pulmonares que mostraban recidiva tumoral por lo que además de la resección quirúrgica de las lesiones, inició tratamiento con Pazopanib 800 mg/día (desde Sep-2017). Durante el trimestre siguiente, el paciente presentó como reacciones adversas: dolor abdominal, hiporexia, alopecia, dermatitis en plantas de los pies e HIPOTIROIDISMO (con buena respuesta a la terapéutica de reemplazo con levotiroxina). Debido al descenso de peso (12 kg) y a cuadro diarreico de 15 días de evolución se suspendió pazopanib en Diciembre 2017, quedando sólo con controles periódicos. En Mayo 2019, por aparición de lesión en partes blandas de pared torácica y en campos pulmonares, inicia tratamiento con Nivolumab (3 mg/kg/; 255 mg/ciclo, en ciclos cada 14 días), realizando el primer ciclo el 29-05-2019 y el último el 09-01-2021. También durante este esquema aparecieron eventos secundarios: dermatitis leve, prurito, xerostomía y sialoadenitis.

El paciente consulta a guardia en 04-2021 refiriendo mal estado general y pérdida de peso de 1 mes de evolución, agregando en los últimos 3 días vómitos y dolor epigástrico. Al examen físico: normotenso, taquipneico (saturación 94%) afebril, somnoliento, desorientado en tiempo y espacio, con dolor epigástrico a la palpación profunda, diuresis espontánea.

Laboratorio: pH: 7.01, pCO<sub>2</sub> 19,2 mmHg; pO<sub>2</sub> 60,8 mmHg CO<sub>3</sub>H 4,7 mmol/l, exceso de bases -24,7 glucemia 955 mg/dl, Na<sup>+</sup> 130 mEq/l, cetonuria ++++ (muy alto), urea 117 mg/dl, Anion GAP 34, Osmolaridad superior a 330, creatinina 2,54mg/dl, Fosforo 0,7mg/dl; Albumina 3,86 g/dl.

**Impresión diagnóstica:** Trastorno mixto del equilibrio ácido-base (cetoacidosis metabólica y estado hiperosmolar) e insuficiencia renal aguda

El paciente fue admitido en terapia intensiva e inicio tratamiento con hidratación, insulina endovenosa, heparinoprofilaxis, gastroprotección, antieméticos. Durante la internación se educó al paciente en cuidados alimentarios, automonitoreo, colocación de insulina y se indicó alta con insulina en esquema basal/bolo.

**Exámenes complementarios:** péptido C basal de 0,92 ng/ml; Ac. Anti glutámico decarboxilasa negativo y Ac. Anti ICA 512 (IA2) negativo.

En su evolución mostró gran variabilidad glucémica, rotando a diferentes esquemas de insulinoterapia. En Noviembre 2020 el péptido C basal mostró valor menor a 0,10 nmol/L. Desde Enero 2021 se encuentra con microinfusora de insulina.