



P-022 - MÁS ALLÁ DE UN PIE DIABÉTICO

E. Ramos Carral, I. Moraga Guerrero, E. Barrio Escribano y J.A. Díaz Pérez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Caso clínico: Varón, 72 años, hipertenso y DM-2 diagnosticada en 2014 iniciándose insulina glargina y metformina. Fumador y exbebedor. Derivado por lesión trófica de larga y mala evolución en pie derecho con extensa necrosis plantar, sin fiebre ni dolor. En urgencias Cirugía Vascular inicia antibioterapia (meropenem, linezolid) e ingresa al paciente a cargo de Endocrinología para intervención quirúrgica programada. En planta, refiere pérdida de peso, astenia, poliuria, polidipsia, polifagia e incontinencia ambos esfínteres de al menos un año de evolución, y abandono del tratamiento en ese tiempo. Exploración física: caquéctico. EEII: pulsos distales conservados. Pérdida de sensibilidad al monofilamento ambos pies. Lesión necrótica plantar, úlcera con exudado purulento, eritema y celulitis asociada. Pruebas complementarias: radiografía pie: enfisema subcutáneo. Cultivo úlcera: *P. mirabilis* y *K. pneumoniae*. Evolución y tratamiento: durante el ingreso intensificamos control glucémico y nutricional, y se realizó amputación infracondílea sin complicaciones. El cuadro de desnutrición mixta se atribuyó inicialmente al mal control glucémico y aumento de requerimientos secundarios a la infección crónica, pero no se encontró mejoría a pesar de mejorar todo lo anterior. Además, el paciente presentaba intensa polifagia, y deposiciones abundantes, blandas y amarillentas, por lo que decidimos descartar un cuadro de maldigestión/malabsorción asociado. Los coprocultivos, parásitos en heces y anticuerpos enfermedad celiaca fueron negativos. Ante la sospecha de insuficiencia pancreática exocrina, iniciamos suplementación con enzimas pancreáticas, en espera de TAC de abdomen y ecoendoscopia. Ambas pruebas confirmaron la sospecha de pancreatitis crónica de larga evolución, objetivando además una uropatía obstructiva bilateral que precisó colocación de sonda vesical, y una úlcera interglútea con colecciones que se trató con amoxicilina/clavulánico. La manometría anal demostró hipotonía de ambos esfínteres. Con el tratamiento el paciente mejoró a nivel clínico-analítico y se trasladó a centro de rehabilitación. Diagnósticos: pie diabético con úlcera necrótica extensa e infectada con gangrena gaseosa en talón derecho. Pancreatitis crónica. Diabetes mellitus tipo 2 frente a pancreatopriva mal controlada. Desnutrición mixta grave. Uropatía obstructiva bilateral con diuresis por rebosamiento. Úlcera interglútea con colecciones.

Discusión: Presentamos un paciente con infección severa de pie diabético que se benefició de un abordaje integral. Destacar la frecuente asociación entre diabetes mellitus y pancreatitis crónica. Ambas pueden ser dos entidades independientes o la diabetes ser secundaria a insuficiencia pancreática. En nuestro caso, la diabetes debutó con HbA1c de 14% indicando insulinopenia, siendo ya una manifestación de su pancreatitis crónica. El tratamiento diabetológico en este contexto, es la insulina pauta bolo-basal, evitando hipoglucemias, dado que la secreción de glucagón también está

afectada, sin descuidar el abordaje nutricional, suplementar con enzimas pancreáticas a dosis adecuadas y tratar posible déficit vitamínicos. Hacer hincapié en la complejidad y pluripatología de nuestros pacientes diabéticos, en los que es frecuente la comorbilidad y asociación de desnutrición y enfermedades infecciosas.