



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/1338 - UNA DIABETES COMPLICADA

M. Paniagua Merchán¹, M. Rodríguez de Viguri Díaz², J. Arenas Alcaraz³ y M. Aparicio Egea⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Murcia. ³Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Puerto de Mazarrón. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años. Antecedentes personales: Alérgica a pirazolonas, Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Cáncer de colon. Tratamiento: valsartán 320 1/día, metformina 850 1/12 h, atorvastatina 20. Motivo de consulta: hace un mes, de forma brusca, comienza con alteración sensitiva y debilidad de inicio distal en miembro inferior izquierdo. Refiere que cuando lleva un rato caminando comienza a arrastrar el pie y tiene dificultad para entrar en el coche. Sensación de tirantez en cara posterior del muslo izquierdo, rodilla y cara anterolateral de la pierna hasta el pie.

Exploración y pruebas complementarias: Hipoestesia álgica en hemicara y hemicuerpo izquierdos. Fuerza extremidades inferiores: flexión dorsal del pie izquierdo 4/5 y flexión plantar normal. Debilidad reflejo rotuliano izquierdo y aquileo débil en ambas extremidades inferiores. Se solicita electromiograma: polineuropatía de tipo axonal, sensitiva y motora, de grado leve-moderado y predominio distal, con mayor intensidad en miembros inferiores.

Orientación diagnóstica: Se remite a urgencias hospitalarias. Queda ingresada en el servicio de Neurología por sospecha de polirradiculopatía aguda inflamatoria. No se descarta la etiología vascular por la asimetría y el inicio brusco sin progresión del cuadro. Se solicita TAC craneal: normal. RMN craneal: lesión de sustancia blanca de corona radiada derecha que podría corresponder con lesión isquémica establecida (subaguda). Eco-Doppler de tronco supraaórtico: normal. Punción lumbar: glucosa 75, proteínas 34, leucocitos < 5. Citología: LCR acelular. Serología de Borrelia y Treponema negativa. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa. Tratamiento al alta: clopidogrel 75 1/día y rehabilitación ambulatoria.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain Barré. Polineuropatía diabética. Ictus. Enfermedad desmielinizante.

Comentario final: Además del diagnóstico de sospecha (polineuropatía diabética) la paciente presentaba ictus isquémico del territorio de la arteria cerebral media derecha.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. 10. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of

Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018;41 Suppl 1:S105-18.

2. Ivánovic Barbeito Y, Paredes Ruiz D. Mielopatías, neuropatías periféricas y miopatías. Suárez Pita D. Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica, 8ª ed. Madrid; 2016. p. 1479-96.

Palabras clave: Parestesia. Debilidad. Diabetes mellitus.