



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2245 - HERIDA Y COMPLICACIONES EN PACIENTE DIABÉTICO

M. García Gómez^a, M. García-Giralda Rodríguez^b y A. Victoria Pintos^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alborán. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 74 años, con antecedentes de DM tipo II, flutter auricular (no anticoagulado), IM ligera-moderada, HBP, intervenido de síndrome de Addison suprarrenal (con suprarrenalectomía derecha), y polineuropatía sensitiva. Acude a consulta por malestar y dolor en miembro inferior derecho. Tratamiento habitual: hidrocortisona, amiodarona, bromazepam, metformina/linagliptina, y atenolol. Tras exploración exhaustiva se aprecia herida en planta del pie (de una semana de evolución). Se realiza curetaje de la herida extrayendo el cuerpo extraño, además de pautarse antibiótico (cotrimoxazol) y vacunación del tétanos. Una semana más tarde el paciente acude a consulta con los familiares refiriendo que no mejora el estado general, y que además se encuentra más depresivo e irritable, con mareos y caídas. Fiebre de 40 °C en domicilio. Se aprecian signos de deshidratación (sequedad y palidez de piel y mucosas). Atendiendo a los nuevos signos, y debido a la no mejoría, se decide derivación del paciente a Urgencias. Una vez allí, se realiza exploración y se pide analítica, trasladando al paciente al área de observación. Se apreciaron datos de hiponatremia, hiperpotasemia, con un ácido láctico y PCR elevados y un pH dentro de la normalidad. Se pauta doble antibioterapia (se añade amoxicilina) y fluidoterapia por hipotensión, y se decide ingreso en MI donde se trataron ambos cuadros, tanto el cuadro séptico, como el trastorno hidroelectrolítico debido a una insuficiencia suprarrenal aguda a consecuencia de la infección.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración exhaustiva por aparatos en consulta de AP e inspección de extremidades inferiores, donde se aprecia herida punzante en planta del pie derecho, además de signos inflamatorios, y cuerpo extraño (clavo). En Urgencias se realiza analítica completa. En el ingreso de MI, se realiza ECO de MMII (colección de 8,5 cm sin pared formada).

Orientación diagnóstica: Tras la primera semana de antibiótico, pensamos en probable sepsis, una vez en urgencias debido al trastorno hidroelectrolítico, podemos pensar en una insuficiencia suprarrenal aguda.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca aguda. I. suprarrenal aguda. Sepsis. Cuadro neurológico.

Comentario final: Se debe hacer control exhaustivo de pacientes diabéticos por sus posibles complicaciones, tanto a nivel macro como microvascular. Y en caso de haberlas, seguir a estos

pacientes con adecuado seguimiento en AP.

Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29808982>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29808598>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29390437>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758139/>

Palabras clave: Diabetes. Infección. Pie.