Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1658

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1674 - REINTERPRETANDO SUPUESTO PIE DIABÉTICO

F. Carrillo Pilo[1], M. López-Arza Mendo[2], I. Polo Gragera[3] y C. Sánchez Gómez[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera la Real. Badajoz. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. [4]Médico de Familia. Consultorio Villafranco del Guadiana. Centro de Salud Talavera la Real. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años con diabetes mellitus 2 complicada con pie diabético, hipertensión arterial y dislipemia, consulta en Atención Primaria por herida maleolar interna del pie izquierdo con tumefacción de la zona, sin dolor, prurito ni supuración, desde ayer. Sin sintomatología sistémica. Desconoce su mecanismo de acción. Sospechamos herida secundaria a pie diabético e indicamos curas por parte de enfermería y control en consulta en 7 días. A la semana el paciente refiere fiebre (temperatura máxima 40 ºC), artromialgias y malestar general desde hace 3 días. Enfermería comenta que la lesión inicial ahora presenta una costra negruzca y se continúa con una tumefacción dolorosa que se extiende por la pantorrilla. Profundizamos en la anamnesis y comenta que cazaba con sus perros los fines de semana hasta la aparición de la lesión inicial.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 101/58 mmHg, Saturación de oxígeno 97%, Temperatura 39,8 ºC. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Neurológica: orientado, vigil, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas, sin focalidad ni meningismo. Abdomen blando, no dolor, defensa ni megalias. Costra negra sobre maléolo interno, pie izquierdo; cordón eritematoso doloroso que asciende por la cara interna del miembro inferior, desde maléolo hasta rodilla. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, eje 60º, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.

Orientación diagnóstica: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Pie diabético, herida traumática, tifus epidémico, fiebre tifoidea, púrpura Schönlein-Henoch.

Comentario final: El paciente ingresó en Medicina Interna, donde presentó máculas eritematosas generalizadas con afectación palmoplantar, blanqueaban a la vitropresión. La serología confirmó el diagnóstico: Rickettsia conorii. Mejoría con doxiciclina. En Atención Primaria podemos realizar un seguimiento estrecho, que nos da la ventaja de observar el curso clínico y así profundizar en la anamnesis para acercarnos a un diagnóstico certero y precoz.

Bibliografía

1. Walker DH, David H, et al. Rickettsiosis [Internet], 19ª ed. New York (NY): McGraw-Hill; 2016 [acceso 31 agosto 2019]. Disponible en: http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid = 1717§ionid = 114922798

Palabras clave: Fiebre botonosa mediterránea. Mancha negra. Pie diabético.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.