



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

469/67 - EN PRIMARIA TAMBIÉN SE DIAGNOSTICA Y TRATA

A. Quirós Mazariegos¹, O. Iraqui-houssaini Rato¹, M. Bendicho Artime², R. Sánchez Rodríguez¹, C. Corugedo Ovies¹, E. Suárez Jaquete¹, J. González Gómez¹, R. Abad Rodríguez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 30 años, sin antecedentes personales de interés. Fumador. Ambos padres DM2 a tratamiento con I-DPP4 + metformina y dieta. Acude a nuestra consulta de primaria por presentar desde hace 5 días alteración de la marcha con parestesias en miembro inferior derecho. Las define como continuas y no dolorosas. No antecedente traumático. Completando la anamnesis, comenta pérdida de peso de unos 3 kilos en los últimos 2 meses. No fiebre, otros síntomas neurológicos ni clínica a otro nivel. Ante la sospecha de polineuropatía solicitamos analítica de urgencia, que recibimos a las horas con resultado de glucemia de 512 mg/dl y Hba1C 12%. Esa misma mañana iniciamos tratamiento con insulina y vit. B12 y citamos para seguimiento los días siguientes en aras de un óptimo control.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, con exploración neurológica sin alteraciones salvo con marcha en estepaje, dificultad para la dorsiflexión del pie y sensación de adormecimiento del dorso del pie, resto de exploración normal.

Juicio clínico: Mononeuropatía diabética (peroneo común) por diabetes mellitus tipo I.

Diagnóstico diferencial: En este caso, siendo la clínica predominante la mononeuropatía, definida por el paciente como “calambres” y “dificultad al caminar”, habrámos de realizar diagnóstico diferencial con sus posibles causas, como enfermedades desmielinizantes, causas medulares o infecciones.

Comentario final: La neuropatía diabética en todas sus variantes es uno de los secundarismos más frecuentes en los pacientes diabéticos, llegando a alcanzar hasta un 30% y hay que darle la misma importancia que a la retinopatía o nefropatía ya que, como en este caso, puede ser el síntoma de debut. Es por eso que, una vez realizado el diagnóstico, pautamos al paciente con tratamiento con insulina (18 UI de glargina y 4 UI de rápida en cada comida), posteriormente derivamos a los servicios de Endocrinología para confirmar diagnóstico, Neurología para EMG y Oftalmología para descartar retinopatía. El seguimiento, que se realiza en nuestra consulta de primaria, hace que el paciente acude a dichas consultas con un tratamiento fijado y manteniendo un buen control.

Bibliografía

Guía clínica de Neuropatía diabética [Internet]. Fisterra.com. 2019 [acceso 22 Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/neuropatia-diabetica/>