



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/999 - Tratamiento corticoideo: una de cal y una de arena

A. Marcos Martín^a, I. Rodríguez Marcos^b y D. Iturbe Fernández^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Cantabria. ^bMédico Residente. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^cNeumólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, embarazada, diagnosticada recientemente de Colitis ulcerosa. En las últimas semanas de gestación, ingresa por celulitis pretibial derecha con mala evolución por lo que se induce el parto, se inicia tratamiento antibiótico y se realiza biopsia de la lesión confirmándose pioderma gangrenoso. Un mes después, comienza con fatiga, debilidad y polidipsia. Posteriormente, inquietud con dificultad para conciliar el sueño. Valorada de nuevo por dermatología, deciden disminuir la pauta de prednisona. Un día después, es traída de urgencias por su familia por estupor y malestar general permaneciendo ingresada en la UCI durante 3 días por acidosis metabólica con deshidratación grave, hipernatremia, hipopotasemia e hipocalcemia.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/70 mmHg, FC 130 lpm, FR 16 rpm, T^a 36 °C, Sat O₂ (FiO₂ 35%) 100%. ECG 14. Mal estado general, palidez cutánea, sequedad cutáneo-mucosa grave. Eupneica. Se intoxica con órdenes verbales complejas. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Motilidad ocular conservada. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con hipofonesis en hemitórax derecho. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes, no signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes. Pioderma gangrenoso pretibial derecho. Bioquímica: glucosa 914, urea 123, creatinina 1,80 (filtrado glomerular 36). Na 151, K 5,4. Hemograma: 25.800 leucocitos (segmentados 86,4%) Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 150 lpm con PR 210 ms y ondas T picudas. QT largo. Rx tórax: dudoso infiltrado pulmonar en lóbulo inferior derecho y neumotórax moderado en dicho hemitórax. TAC craneal sin hallazgos.

Juicio clínico: Acidosis metabólica. Probable descompensación hiperosmolar vs cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: Otras acidosis metabólicas: acidosis láctica, secundaria a fármacos o fallo renal crónico.

Comentario final: Durante su ingreso en la UCI, nuestra paciente recibió tratamiento con fluidoterapia intensiva, insulina ev y bicarbonato. Trasladada a planta de medicina interna continúa tratamiento con levofloxacino y se le coloca tubo de tórax para drenaje de neumotórax (aparentemente secundario a colocación de vía central yugular). Actualmente, continua en tratamiento con corticoides a dosis bajas y ciclosporina A para control de pioderma.

Bibliografía

1. García Rodríguez, et al. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. Medicine. 2008;10:1177-83.

Palabras clave: *Pioderma gangrenoso. Diabetes. Corticoides. hiperosmolar. Cetoacidosis.*