

312/52 - DIABETES IMPORTADA

(1) Escudero Ibáñez, José Manuel; (2) Pérez Cano, Cristina; (3) Vila Soler, Meritxell; (3) Escribano García, Ana; (3) Salvador Mateo, Agnès; (4) Ruiz Guinart, Eva.

(1) Médico de Familia. ABS3 Singuerlín. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.; (2) DUE. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona; (3) Médico de Familia. ABS 3 Singuerlín. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.; (4) DUE. ABS 3 Singuerlín, Santa Coloma de Gramenet . Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 36 años de edad procedente de Pakistán que acude al centro de salud por edemas en extremidades inferiores, astenia y problemas visuales. El paciente presenta dificultades de comunicación puesto que desconoce el idioma local y acude con un amigo que ejerce las labores de traductor.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y Orientado, normohidratado y normocoloreado, afebril, pupilas isocóricas y normorreactivas, TA 160/97 mmHg. Murmullo vesicular conservado, ausencia de roncus, sibilantes o crepitantes. Eupneico. SatO₂ 98%. AC tonos rítmicos, no soplos, frecuencia cardíaca 70 lpm. Abdomen blando y depresible no masas no megalias, ausencia de defensa en la exploración. En EEII edemas con fóvea que alcanzan las rodillas, pequeñas lesiones cicatriciales en ambas extremidades. Durante el interrogatorio el paciente refiere que comenzó unos meses a presentar edemas en su país, los cuales han ido incrementándose paulatinamente. Refiere que en su país le pinchaban una medicación inyectable pero desconoce cual y sin ningún tipo de periodicidad. No fumador. A su vez explica cierto grado de visión borrosa aunque explica que había trabajado como soldador en su país sin ningún tipo de protección.

Juicio clínico: Dada la sintomatología se opta por solicitar electromiograma, una radiografía de tórax, un hemograma y bioquímica incluyendo hormonas tiroideas, proteínas y función renal. Así como tira de orina. El electrocardiograma y la radiografía de tórax se realizaron inmediatamente estando el ECG dentro de la normalidad. La rx de tórax fue normal. La bioquímica evidenció alteraciones, una glucemia de 350 mg/dl, un filtrado glomerular de 15 ml/min/1,73m², una creatinina de 3,9 mg/dl, también se objetivaron proteinuria y glucosuria en la orina, así como una hiperpotasemia de 6 mEq/l.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Nefropatía mesangial. Nefropatía diabética.

Comentario final: Dada la sintomatología el paciente presentaba una Diabetes Mellitus avanzada y que nunca fue tratada correctamente, el paciente fue tributario, dada su edad y su patología de base, de diálisis. Siendo tratado con insulina basal gliardina y tres tomas de insulina rápida. Además furosemida, amlodipino y simvastatina. Respecto a los problemas visuales presentaba signos incipientes de catarata diabética y retinopatía diabética.

Bibliografía

Martínez-Castelao A, Górriz Teruel JL, de Álvaro Moreno F, Navarro González JF. Epidemiología de la diabetes mellitus y la nefropatía diabética. Repercusiones sociales de la pandemia. NefroPlus. 2008;1(1):8-15.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Edemas. Indostán. Nefropatía.