



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

312/71 - DIABETES MELLITUS 2 Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Romero González, Beatriz.

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Les Indianes. Montcada i Reixac.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, hiperlipoproteinemia severa tipo IIb, EPOC, SAHOS grave, arteriopatía periférica y Diabetes mellitus 2 de 15 años de evolución en tratamiento mixto con insulina e hipoglicemiantes orales con mal control metabólico. Como complicaciones microangiopáticas presenta nefropatía diabética, polineuropatía diabética y como macroangiopáticas cardiopatía isquémica en fase de miocardiopatía dilatada. Presenta lesión postquemadura de tres meses de evolución en cara externa del primer dedo de pie derecho, realizando controles en el centro de salud, sin embargo, ante mala evolución de la lesión y disminución de pulsos se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: EF: obliteración femoropoplítea bilateral, lesión con fondo de tejido en esfacelo, supurativa con eritema perilesional. Hiperqueratosis perilesional. Analítica: leucocitos 7.410/??l, glucosa 339 mg/l, HbA1c 13%, 1,11 mg/dl, albúmina/creatinina 387,95 mg/g, FG 72ml/min/1,73 m². EcoArterial: Arteria femoral superficial (AFS) con 3 estenosis significativas (2 graves). Estenosis severa segmentaria 2a PP. Cultivo positivo: Citrobacter freundii, Serratia marcescens, Proteus mirabilis y flora grampositiva aerobia.

Juicio clínico: El paciente fue diagnosticado de isquemia crónica grado IV, por lo que requirió colocación de Stent Everflex en AFS derecha, recuperando el pulso tibial posterior. Ante cultivo positivo de úlcera se inició tratamiento con piperacilina/tazobactam 4gr/8h iv. Durante su ingreso presenta empeoramiento de su disnea habitual, requiriendo aumento del aporte de O₂ con VMK, broncodilatadores, corticoides y terapia deplectiva con proBNP 1.493 pg/ml. Pendiente de programar desbridamiento de primer dedo con esfacelos (amputación) por mala evolución.

Diagnóstico diferencial: Tromboangitis obliterante, coartación de aorta, traumatismo arterial, compresión por quiste poplíteo, displasia fibrosa de la arteria ilíaca externa, aneurisma de la arteria poplíteo.

Comentario final: La enfermedad microvascular predice fuertemente la enfermedad arterial periférica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. El adecuado control de la enfermedad y la corrección de otros factores de riesgo asociados retrasan la aparición de la patología vascular periférica. La detección precoz y la derivación temprana al especialista facilitan el manejo de estos pacientes, evitando complicaciones mayores como las amputaciones.

Bibliografía

-Mohammed K, Woodward M, Hirakawa I, et al. Microvascular and macrovascular disease and risk for major peripheral arterial disease in patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2016;39(10):1796-1803.

Palabras clave: Diabetes mellitus 2. Enfermedad arterial periférica.