



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 395/9 - CUANDO LA DIABETES SE DIAGNOSTICA POR LOS PIES

A. Sánchez Reche<sup>1</sup>, E. Mohino Laguna<sup>2</sup>, R. Valverde Gómez<sup>3</sup>, J. Delgado Casado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real. <sup>2</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. Ciudad Real. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II. Ciudad Real. <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años, sin antecedentes médicos ni hábitos tóxicos de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por lesión persistente en base de 1<sup>er</sup> dedo pie derecho, sin dolor asociado. No refiere antecedente traumático, no fiebre, no disminución de movilidad, no pérdida de fuerza ni sensibilidad. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 131/75, FC 70, T<sup>a</sup> 36,1 °C. SatO<sub>2</sub> 97%. Basal. Buen estado general. Consciente y orientado. AC: rítmico, sin soplos. AR: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA+, blando, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. MMII: pie derecho con piel seca, edematosa, movilidad conservada, no rigidez, no deformidad, lesión ulcerada de coloración negruzca en base de 1<sup>er</sup> dedo, no visualización de planos profundos, disminución de sensibilidad táctil, vibratoria y termoalgésica respecto a contralateral a la exploración con monofilamento de Semmens-Weinstein y diapasón de 128 Hz, no soplos, reflejos osteotendinosos conservados, presencia de pulsos femoral, poplíteo y tibial posterior bilaterales, pulso pedio débil en pie derecho. No otras lesiones dérmicas. ECG: ritmo sinusal, a 75 lpm, BIRDDH, no datos de isquemia ni repolarización precoz. Rx pie derecho: arco plantar conservado, no signos de osteomielitis. Índice tobillo-brazo: 0,91. Analítica: glucosa 260 mg/dl, HbA<sub>1c</sub> 9%, colesterol 270 mg/dl (LDL 210 mg/dl, HDL 50 mg/dl) Cr 0,7 mg/dl, FG > 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Hemograma, función hepática y iones normales. No microalbuminuria. No cetoacidosis.

**Juicio clínico:** Debut diabetes mellitus II con polineuropatía asociada y pie diabético.

**Diagnóstico diferencial:** Úlcera angiopática, Osteomielitis.

**Comentario final:** La polineuropatía es una complicación frecuente de la diabetes mellitus. Puede aparecer en al menos un 20% de los pacientes. El diagnóstico precoz, tras una correcta anamnesis y una exhaustiva exploración física, valorando riesgo cardiovascular global del paciente, es importante porque puede ser asintomática. Se recomienda realizar una exploración del pie anualmente, junto con curas locales diarias con desbridamiento y antibioterapia sistémica en el caso de úlceras e infecciones para evitar amputaciones.

### Bibliografía

Barrot de la Puente J, González Sáez A. Diabetes mellitus: actualización, novedades y controversias. AMF. 2012;8(3):124-34.

Benavent E, et al. Protocolo diagnóstico de las infecciones de úlceras del pie diabético. *Medicine*. 2018;12(51):3048-51.

**Palabras clave:** Diabetes. Diapasón. Monofilamento.