



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

## 395/50 - LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

C. Moreno Prieto<sup>1</sup>, G. Alejandro Lázaro<sup>2</sup>, A. Sánchez Masot<sup>3</sup>, F. Burdalo Carrero<sup>4</sup>, W. Reynoso Heinsen<sup>5</sup>, L. Santos Béjar<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Olías del Rey. Toledo,<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Olías del Rey. Toledo, <sup>3</sup>Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Olías del Rey. Toledo. <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo, <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** años. Vida sedentaria. Refirió lesión en pie izquierdo tras roce por calzado desde hacía días, así como claudicación intermitente de evolución indeterminada. Se sospechó pie diabético e interrogado sobre clínica cardinal, presentaba polidipsia y poliuria de semanas de evolución. Sin pérdida de peso, ni alteración de la visión, ni dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Índice de masa corporal 29,41 Kg/m<sup>2</sup>, tensión arterial 139/91, frecuencia cardíaca 76 lpm. No soplos carotídeos. Auscultación Cardiopulmonar normal. Miembros inferiores: Derecho: pulso femoral y poplítico +, distales no palpables. No lesiones tróficas. Izquierdo: pulso femoral y poplítico +. Celulitis y edema en dorso pie con flictena, sin crepitación, ni supuración purulenta. No lesiones tróficas. Se decidió derivación hospitalaria e ingresó en cirugía vascular que realizó angioplastia percutánea y amputación tarsal anterior con 4º y 5º dedos. Al alta: ácido acetilsalicílico 100 mg/día, insulina glargina 30 UI/mañana, insulina rápida 2-6-0 y metformina 850 mg/noche. En la revisión refirió disnea de esfuerzo de 5 meses de evolución. Interconsulta cardiología: miocardiopatía dilatada por isquemia coronaria crónica (lesión grave descendente anterior) con fracción de eyección ventricular 25%. Se implantó stent farmacoactivo. Analítica de revisión: creatinina 1,47 mg/dl, Filtrado glomerular 51 ml/min y proteinuria 75 mg/dl. Interconsulta nefrología: enfermedad renal crónica estadio 2, pautaron ramipril 2,5 mg/cena. Control estricto de tensión arterial y proteínas.

**Juicio clínico:** Diabetes mellitus tipo 2 complicada.

**Comentario final:** Caso típico de paciente diabético de diagnóstico tardío, a partir de las complicaciones de una diabetes evolucionada sin control. El papel de la Atención Primaria es clave en el diagnóstico precoz. ¿Cómo llegar a los pacientes que voluntariamente no quieren acudir a consulta? Se hace imprescindible la reiteración de campañas institucionales preventivas de estilos de vida y de diagnóstico precoz. Así como el cribaje oportunista y la educación sanitaria en pacientes de riesgo que acuden por otros motivos a nuestras consultas.

### Bibliografía

Ezkurra Loiola P, coord. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona: Euromedice Vivactis, 2016. Disponible en: <http://redgdps.org/guia-de-actualizacion-en-diabetes-20161005>

**Palabras clave:** Diabetes. Pie diabético. Diagnóstico precoz.