

Síndrome da mão diabética tropical um caso clínico inesperado

Ana Patrícia Rosa¹, Carlos Santos¹, Andreia Fernandes¹, Maria João Capitão², Elíseo Martínez³

¹IFE de MGF da USF Alcaides de Faria; ² IFE de MGF da USF Esposende Norte

³Assistente de MGF da USF Alcaides de Faria. ACES Cávado III - Barcelos/ Esposende

Enquadramento



A síndrome da mão diabética tropical (SMDT) é uma complicação que afeta pacientes com diabetes *mellitus* (DM) nos trópicos. A síndrome engloba uma celulite localizada com edema variável e ulceração das mãos, sépsis e gangrena da mão, podendo afetar todo o membro.

A SMDT é bem menos reconhecida do que as infeções dos pés e, geralmente, não é classificada como complicação específica da diabetes. Frequentemente existem antecedentes de traumatismo *minor* na mão (arranhões ou picadas de insetos).



A infeção de mão foi descrita primeiramente na Nigéria em 1984. Desde então, a maioria dos casos foi relatada no continente africano e, mais recentemente, na Índia.

Fatores de risco independentes para SMDT incluem diabetes mal controlada, neuropatia, tratamento com insulina ou desnutrição.

Descrição do caso

Homem, 49 anos, raça caucasiana.

Residente em Luanda desde 2011, por motivos profissionais, trabalho rural numa fazenda.

Antecedentes pessoais: tabagismo ativo, DM tipo 2 não controlada com 4 anos de evolução, HTA, 2 episódios de malária com atingimento cerebral e hematológico, internamento em 2012 e 2014.

Medicação habitual: Glicazida 30mg id e Metformina 1000 mg tid.



Fevereiro de 2016, Angola: Iniciou eritema e vesículas no 4º dedo da mão direita com evolução progressiva para edema e ulceração do dedo. Sem memória de traumatismo ou picada de artrópode.



Tratamento: desbridamento da ferida e administrada 1 dose de penicilina IM, sem melhoria.



Março de 2016, Portugal I Consulta no MF: 4º dedo totalmente edemaciado, com extensa superfície flexora ulcerada, apresentando tecido de granulação e abundante material fibrinótico central e exsudado esverdeado, com cheiro [figura 1]. Sem dor ou outros sintomas constitucionais.



Tratamento: realizados pensos sucessivos e ciclos de antibioterapia com doxiciclina 100 mg bid e amoxicilina/ácido clavulânico 875/125 mg bid.



Abril de 2016 I Consulta de Infeciologia: cicatrização quase total do dedo, a condicionar perda de função [figura 2]. Pedida consulta de Cirurgia plástica.



Novembro de 2016 I Consulta de Cirurgia plástica: proposta a amputação transmetacárpica do dedo, devido à retração muito marcada no 4º dedo da mão, com muito pouca mobilidade. Inscrição para cirurgia.



Figura 1 (a, b, c) - 4º dedo da mão direita, março.2016



Figura 2 (a, b) - 4º dedo da mão direita, novembro.2016

Discussão

- ❖ A existência da SMDT e das suas complicações deve ser orientada de modo eficiente para a intervenção cirúrgica (desbridamento, drenagem de pús ou amputação) e terapia antibacteriana. Sem tratamento rápido e agressivo, a SMDT pode levar a incapacidade permanente, amputação de membros (13% dos pacientes necessitam de amputação) ou morte.
- ❖ A prevenção passa pela educação para a saúde do paciente e dos profissionais de saúde e na importância de procurar avaliação médica imediata após traumatismo, independentemente da gravidade da lesão ou do início dos sintomas.
- ❖ A procura dos cuidados de saúde é muitas vezes atrasada por falta de consciência acerca dos riscos potenciais, falta de preocupação ou por decisão de procurar ajuda inicial de meios tradicionais.

Bibliografia:

Okpara TC et al., Tropical Diabetic Hand Syndrome. Ann Med Health Sci Res. 2015 Nov-Dec; 5(6): 473-475.
Abbas ZG, Gill GV, Archibald LK. The epidemiology of diabetic limb sepsis: an African perspective. Diabet Med. 2002 Nov; 19 (11): 895-9.
Abbas, ZG, et al., Tropical Diabetic Hand Syndrome: Risk Factors in na adult diabetes population. Int J Infect 2001; Original report; 5: 19-23.