

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM17-1381) - SÍNDROME DA MÃO DIABÉTICA TROPICAL – UM CASO CLÍNICO INESPERADO

Ana Patrícia Rosa¹; Carlos Filipe Santos¹; Andreia Fernandes¹; Maria Capitão Couto²; Eliseo Álvarez Martínez¹

1 - USF Alcaldes de Faria - ACES Cávado 3 Barcelos/ Esposende; 2 - USF Esposende Norte - ACES Cávado 3 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, até sépsis progressiva e gangrena da mão afetando 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. 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. Frequentemente existe antecedentes de traumatismo minor na mão (arranhões ou picadas de insetos). Fatores de risco independentes para SMDT incluem diabetes mal controlada, neuropatia, tratamento com insulina ou desnutrição.

Descrição do caso

Homem, 49 anos, raça caucasiana, casado, 2 filhas, residente em Luanda desde 2011, por motivos profissionais, trabalho rural numa fazenda. Tem como antecedentes pessoais: tabagismo ativo, DM tipo 2 não controlada com 4 anos de evolução, HTA, 2 episódios de malária com atingimento cerebral e hematológico, com internamento em 2012 e 2014. Tem como medicação habitual: Glicazida 30mg id e Metformina 1000 mg tid.

Em Março de 2016, surge na consulta do seu médico de família, referindo que há cerca de um mês, em 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. Foi feito desbridamento da ferida e administrada 1 dose de penicilina IM, sem melhoria. Quando regressou a Portugal, a extensão da ferida foi sendo cada vez maior: 4º dedo totalmente edemaciado, com extensa superfície flexora ulcerada, apresentando tecido de granulação e abundante material fibrinótico central e exsudado esverdeado, com cheiro. Sem dor ou outros sintomas constitucionais. Foram realizados pensos sucessivos e ciclos de antibioterapia com doxiciclina 100 mg bid e amoxicilina/ácido clavulânico 875/125 mg bid.

Foi observado em consulta de infeciologia 1 mês depois, onde apresentava cicatrização quase total do dedo, a condicionar perda de função e, por isso, referenciado a consulta de cirurgia plástica, que devido à retração muito marcada no 4º dedo da mão, com muito pouca mobilidade, foi proposta a amputação transmetacárpica do dedo.

Discussão

Os médicos devem estar cientes da existência da SMDT e destas complicações e orientar de modo eficiente o paciente para a intervenção cirúrgica agressiva (isto é, desbridamento, drenagem de pus ou amputação) e terapia antibacteriana. Sem tratamento rápido e agressivo, a SMDT pode levar a incapacidade permanente, amputação de membros (13% dos pacientes com SMDT 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 atendimento médico imediatamente após o trauma das mãos, independentemente da gravidade da lesão ou o início dos sintomas. A procura dos cuidados de saúde é muitas vezes atrasada devido à falta de consciência dos pacientes dos riscos potenciais, falta de preocupação ou a decisão de procurar ajuda inicial de meios tradicionais.