

CARTAS

*Infarto muscular diabético: una rara complicación en diabetes mellitus de larga evolución***M. A. García Rubiales, P. Gallar, O. Ortega e I. Rodríguez**

Servicio de Nefrología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Señor director:

Presentamos el caso de una rara complicación diabética: el infarto muscular en un diabético de larga evolución.

Se trata de un varón de 49 años, diabético tipo I de 25 años de evolución con importante afectación sistémica: nefropatía con IRC en hemodiálisis desde abril 95, HTA, retinopatía, neuropatía periférica y autonómica, gastroparesia y enteropatía. Comenzó a referir desde hace 4 meses, dolor intenso, lancinante en cara interna e inferior de muslo izquierdo, con gran impotencia funcional, tumefacción e induración local; no fiebre ni antecedente de traumatismo en la zona. Mala respuesta a tratamiento con AINEs y relajantes musculares. El dolor cursó con intensidad variable sin desaparecer a lo largo de estos 4 meses, empeorando ocasionalmente tras ultrafiltración excesiva. La analítica es irrelevante, siendo normal la CPK. Se pautaron antidepresivos tricíclicos pensando en la posibilidad de neuropatía diabética, sin obtener mejoría. En radiografías simples se observaron severas calcificaciones vasculares en árbol iliofemoral bilateral. Se solicitó RMN que describía hiperseñal en T2 y T-STIR a nivel de vasto medial del cuádriceps de muslo izquierdo y abductor mediano así como pequeñas colecciones líquidas perifasciales rodeando a músculos afectados, resultando como primera posibilidad diagnóstica el infarto muscular. El paciente mejoró solo parcialmente con analgésicos opiáceos presentando a los 4 meses nueva localización en cara superior interna del mismo lado, en región de los abductores y, días después, desaparición del cuadro inicial.

El infarto muscular diabético es una entidad infrecuente que suele aparecer en diabéticos insulino-dependientes de larga evolución con irregular control glucémico y complicaciones microvasculares^{1,2}. En la literatura inglesa hay descritos 25 casos hasta el año 96, recogidos en una amplia revisión por Umpiérrez y cols.¹, y dos nuevos casos en el año 97⁶, aunque es probable que esta cifra sea mayor si contamos los casos no claramente diagnosticados con datos de RMN.

La clínica se caracteriza por la aparición generalmente súbita de una masa palpable indurada, muy dolorosa en el muslo, más habitualmente en el vasto lateral y zona de aductores, aunque también están descritos en región gemelar^{1,2}. Generalmente no se acompaña de otros síntomas excepto febrícula ocasional, ni alteraciones analíticas tales como leucocitosis; tan solo la CPK puede elevarse de forma leve, inconstante y en fases tempranas, siendo en la mayoría de los casos normal. En la TAC se puede encontrar edema muscular como dato inespecífico y permite excluir otras patologías como tumor, absceso o destrucción ósea. Las imágenes de RMN, sin ser específicas, demuestran gran validez diagnóstica¹⁻⁶ y permiten obviar la biopsia, la cual a su vez puede exacerbar los síntomas; se describe aquella como una señal de alta intensidad del músculo afecto en secuencia T2, con edema circundante. La arteriografía no ayuda al diagnóstico pudiendo ésta revelar arteriosclerosis difusa en vasos de diferente calibre. La histología consiste primariamente en necrosis muscular y edema así como oclusión de arteriolas y capilares con calcio y fibrina e infiltrado mononuclear²; en etapas más tardías, sustitución de tejido muscular por colágena y regeneración de fibras musculares.

La etiología más probable parece ser una manifestación de enfermedad microvascular diabética, apareciendo esta entidad en diabéticos con importante daño vascular en diferentes órganos¹. Más difícil es atribuir una causa inflamatoria, pues rara-

Correspondencia: Dra. M. A. García Rubiales
S. de Nefrología
Hospital Severo Ochoa
Leganés (Madrid)

mente se puede esperar la desaparición espontánea del cuadro sin tratamiento; no obstante, a veces, aparecen datos histológicos compatibles con vasculitis y es sabido que los diabéticos pueden sufrir vasculopatía inflamatoria tales como neuropatía proximal⁷.

El tratamiento consiste en reposo, control metabólico estricto y analgésicos, a veces potentes, tipo opiáceos; también antiagregantes y pentoxifilina, en general, con pobre respuesta. Si no hay mejoría, puede ensayarse un curso de esteroides dado el posible componente vasculítico, incluso gammaglobulina i.v.⁷. En cuanto a la evolución, el cuadro desaparece en semanas o, más frecuentemente, en varios meses. La recidiva no es rara y se ha descrito en la mitad de los casos; su aparición es a menudo el comienzo de complicaciones vasculares mayores que ensombrecen el pronóstico del diabético.

BIBLIOGRAFIA

1. Umpiérrez GE, Stiles RG, Kleinbart J y cols.: Diabetic muscle infarction. *Am J Med* 101: 245, 1996.
2. Rocca PV, Alloway JA, Nashel DJ: Diabetic muscular infarction. *Semin Arthritis Rheum* 22: 280, 1993.
3. Van Slike MA, Ostrov BE: MRI evaluation of diabetic muscle infarction. *Magn Reson Imaging* 13: 325-329, 1995.
4. Chason DP, Fleckenstein JL, Buens DK, Rojas G: Diabetic muscle infarction: radiologic evaluation. *Skeletal Radiol* 25 (2): 127-32, 1996.
5. Vande Beg B, Malghem J, Puttemans T, Vandeleene B, Lagneau G, Maldague B: Idiopathic muscular infarction in a diabetic patient. *Skeletal Radiol* 25 (2): 183-5, 1996.
6. Khoury NJ, el-Khoury GY, Kathol MH: MRI diagnosis of diabetic muscle infarction: report of two cases. *Skeletal Radiol* 26 (2): 122-27, 1996.
7. Krendel Da, Costigan DA, Hopkins LC: Successful treatment of neuropathies in patients with diabetes mellitus. *Arch Neurol* 51: 1029-1031, 1995