

# ***SALVAMENTO DE EXTREMIDAD EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA CONTRALATERAL***

Sirvent González, M; Riera Hernández, C; Pérez Andrés, R; Reynaga Sosa, E; Alonso Pedrol, N; Viadé Julià, J.

Equipo multidisciplinar de pie diabético. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

## **MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 83 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que es derivada desde otro centro por necrosis húmeda del tercer dedo del pie derecho en abril 2020 (Fig.1).



Fig.1

## **ANTECEDENTES PERSONALES**

**Situación funcional:** parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria precisando ayuda para el baño. Realiza sola las transferencias y se desplaza en silla de ruedas que propulsa ella misma.

**Situación cognitiva:** sin deterioro cognitivo filiado.

**Situación social:** viuda. Dos hijos. Vive con un hijo en una casa alquilada con barreras arquitectónicas para su acceso.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

1.- DM tipo 2 conocida desde hace unos 30 años aproximadamente con muy mal control metabólico e insulinizada desde agosto 2012. Última HbA1c (Feb-20): 9.7%.

Como complicaciones crónicas asociadas presenta:

### **A- Complicaciones microvasculares**

- Polineuropatía diabética desde los 67 años en forma de úlceras vasculares en ambas piernas que precisaron de cuidados por parte de su Centro de Atención Primaria.
- Amputación supracondílea de pierna izquierda a los 76 años en otro centro.
- Osteotomía de cabeza del quinto metatarsiano del pie derecho en otro centro.
- Microalbuminuria detectada a los 77 años.

### **B- Complicaciones macrovasculares**

- No refiere accidente vascular cerebral ni cardiopatía isquémica.
- Arteriopatía periférica desde los 74 años en forma de claudicación intermitente.

2.- HTA de larga evolución. Tratamiento actual con losartán + bisoprolol + furosemda; controlada por su médico de cabecera.

3.- Probable riñón derecho no funcionante secundario a cálculo renal coraliforme detectado a los 68 años.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 131/69. FC 85x '. Tª 36.9°C. SatO2 97%. Consciente y colaboradora, normohidratada y normocoloreada. Eupneica en reposo.

- Extremidad inferior izquierda: amputación supracondílea.
- Extremidad inferior derecha: ausencia de pulsos distales y de sensibilidades (tacto, dolor, vibratoria y presión).

## PROCESO ACTUAL

Se realiza un ITB que resulta calcificado con buenas curvas y un eco-doppler arterial de la pierna derecha hallándose una curva trifásica en arteria femoral común y profunda y bifásica en arteria femoral superficial con algunas estenosis moderadas; curva bifásica en arteria tibial posterior retromaleolar con una velocidad pico sistólica de unos 60 cm/s y en pedia de 55 cm/s.

De forma ambulatoria y de urgencia se realiza una amputación transfalángica del tercer dedo (Fig.2) remitiendo al departamento de microbiología los fragmentos óseos para cultivo (30/04/20) con aislamiento de *Prevotella melaninogénica* y *Staphylococcus aureus*, por lo que inició tratamiento con levofloxacino. En las primeras 48 horas la evolución clínica fue favorable. Posteriormente se observó necrosis del lecho de amputación por lo que se practicó una ostectomía de cabeza del tercer metatarsiano (Fig.3) y resección de tejidos desvitalizados (12/05/20). El 18/05/20 se observa la aparición de una úlcera interdigital entre el primer y el segundo dedo (Fig.4) con contacto óseo positivo, exudación importante y maceración, por lo que se decide ingreso en Endocrinología - UPD iniciándose tratamiento antibiótico endovenoso con piperacilina-tazobactam.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Bioquímica (18/05/20): leucocitos 09:30  $\times 10^9$  / L (76s / 13L / 8M / 2E / 1B); hematíes 04:43  $\times 10^{12}$  / L; Hb 10.6 g / dL; Htc 32.6%; VCM 73.6 fl; HCM 23.9 pg; plaquetas 219  $\times 10^9$  / L. glu 141 mg / dL; prot todo 77.4 g / L; urea 58.0 mg / dL; creatinina 0.84 mg / dL; Na 136.0 mmol / L; K 4.4 mmol / L; osmolaridad 304 mOsm / kg; lactato 0.92mmol / L. PCR 41.80 mg / L

Radiografía de tórax (18/05/20): elongación aórtica con calcificación del botón aórtico; elevación diafragmática izquierda; leve aumento del tamaño de la silueta cardíaca; sin condensaciones parenquimatosas pulmonares ni signos de insuficiencia cardíaca izquierda.

Radiografía del pie derecho (Fig.5) (18/05/20): amputación del tercer metatarsiano a nivel medio; resección de la cabeza del quinto metatarsiano y del extremo proximal de la primera falange del quinto dedo; rotura de la cortical de la cabeza del segundo metatarsiano y del extremo proximal de la primera falange del segundo metatarsiano.



Fig. 5

Bioquímica (25/05/20, al ALTA): leucocitos  $7.70 \times 10^9 / L$  (70S / 17L / 8M / 4E / 1B); hematíes  $3.69 \times 10^{12} / L$ ; Hb 8.9 g / dL; Htc 28.0%; VCM 75.9 fl; HCM 24.1 pg; plaquetas  $224 \times 10^9 / L$ . glu 211 mg / dL; prot todo 71.6 g / L; Alb 30.6 g / L; urea 56 mg / dL; creatinina 0.88 mg / dL; filtrado glomerular 61 mL / min / 1.73 m<sup>2</sup>; urato 4.5 mg / dL; calcio 8.70 mg / L; calcio corregido con Alb 9.5 mg / L; fosfato 2.7mg / dL; magnesio 27.2 mg / dL; Na 136.7 mmol / L; K 05:54 mmol / L; cloruro 105.8 mmol / L; bil todo 12:40 mg / dL; FA / GGT294 / 1046 U / L; AST / ALT 32 / 26U / L; CK 60 U / L. PCR 13:20 mg / L

## EVOLUCIÓN CLÍNICA

El 18/05/20 ante la mala evolución, la aparición de nuevas heridas y a pesar de tener una exploración vascular aceptable, se decide realizar una arteriografía de la extremidad inferior derecha que muestra la presencia de una variante anatómica que consiste en el origen de la arteria femoral profunda a nivel de la arteria ilíaca común, unas estenosis moderadas en la arteria femoral superficial, unas estenosis significativas en la tercera porción de la arteria poplítea y en el tronco tibio-peroneo y la oclusión del tercio medio de la tibial anterior (Fig.6). Ante estos hallazgos se decide implantar un stent en la arteria femoral superficial y realizar una angioplastia con balón farmacológico de la tercera porción de poplítea y una anigoplastia simple de la arteria tibial anterior (Fig.7), recuperando pulso pedio al final de la intervención. Se asocia en el mismo acto la amputación transmetatarsiana abierta del primer y segundo dedos del pie derecho (Fig.8).

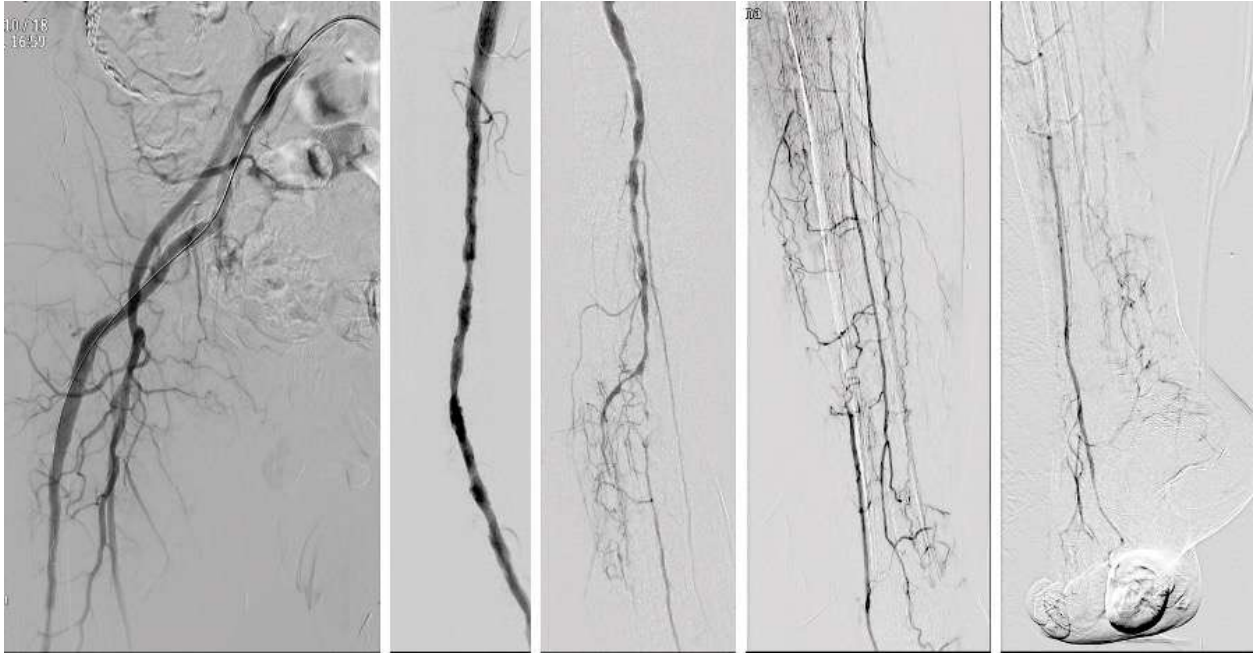


Fig. 6

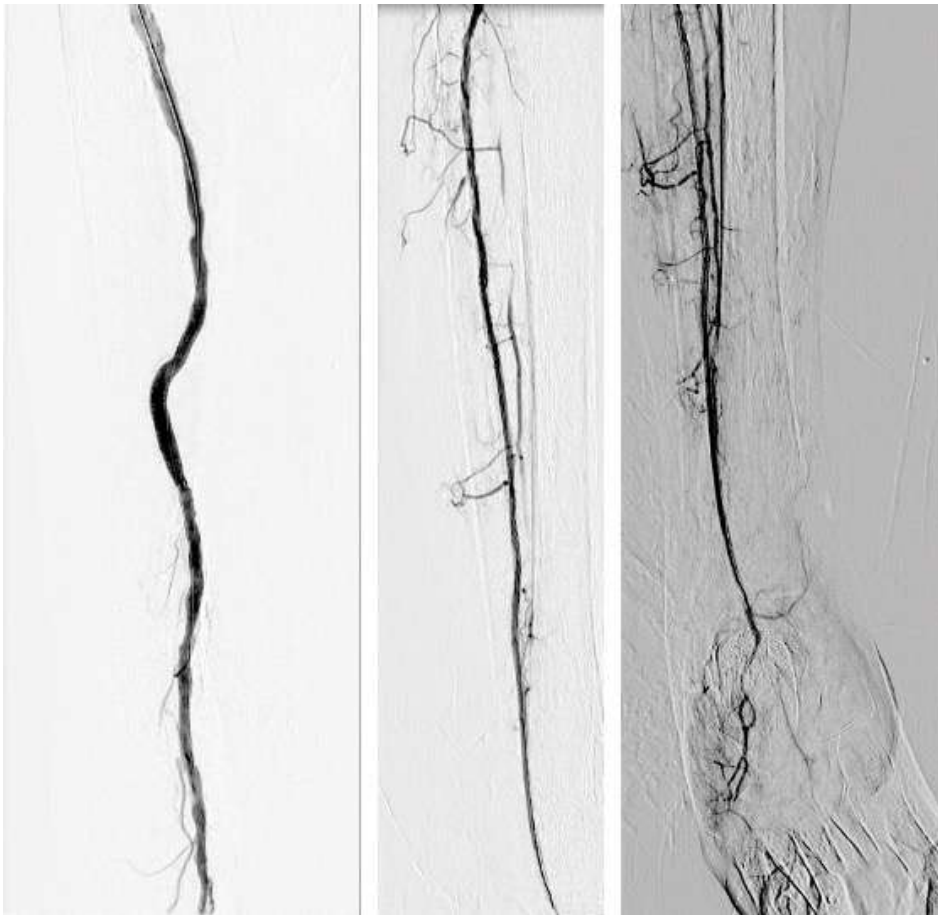


Fig. 7



Fig. 8

A las 48 h se inicia tratamiento con VAC (*vacuum assisted closure*) con evolución favorable y clara tendencia a la cicatrización por lo que es dada de alta a la semana, siguiendo controles en la unidad de hospitalización domiciliaria (Figs.9 y 10).



Fig. 9



Fig. 10

Al cabo de 4 semanas de tratamiento, y dada la buena evolución, se retiró la terapia VAC y se pautaron curas con povidona yodada hasta el total cierre de la lesión (Figs.11 y 12).



Fig.11



Fig. 12