

ULCERA CON OSTEOMIELITIS EN FALANGE DISTAL PRIMER DEDO

Simón Pérez, Eduardo. Rodríguez Mateos José Ignacio. Viadé Julia, Jordi Simón Pérez, Clarisa.

*Hospital Recoletas Felipe II. Valladolid, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
(Barcelona) Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Paciente de 72 años, que acude a la consulta de podología por hematoma subungueal en el primer dedo pie derecho desde hace unos días. (Fig.1)



Fig. 1

Antecedentes patológicos:

- HTA en tratamiento farmacológico
- Dislipemia mixta en tratamiento farmacológico
- DM tipo 2 de 17 años de evolución y en tratamiento con insulina
- Antecedentes de úlceras y amputaciones distales atípicas en pie derecho

Exploración:

- Pulsos pedios y tibiales posteriores presentes.
- Sensibilidad superficial (dolor, táctil, térmica en ambos pies) ausentes.
- Sensibilidad profunda (Barestésica, palestésica en ambos pies) ausentes.

Se retiró la lámina ungueal, drenaje del hematoma y se pauto Amoxicilina/Acido Clavulánico 875/125 mg vía oral cada 8 horas. Se indica realizar toques con povidona yodada cada 24 horas.

Al cabo de una semana la evolución es ligeramente favorable. (Fig.2)

Fig-2



Días después se pone en contacto con nosotros y envía una fotografía donde se observan signos de celulitis severa en el dorso del pie. Se le indica que debe acudir a urgencias de su hospital de referencia. Allí le indican seguir con la misma pauta de antibiótico y curas locales, descartando ingreso y tratamiento endovenoso (Fig.3).

Fig.3



Al cabo de 3 días acude de nuevo a nuestra consulta; Presenta úlcera dorsal a nivel de la falange distal del primer dedo pie derecho de 2 x 2 cm, con exudación abundante, exposición ósea y celulitis extensa. (Fig.4),

Fig. 4



Debido a esta circunstancia y al empeoramiento exponencial del paciente se decide eliminar todo el hueso osteomielítico expuesto. Posteriormente se realiza radiografía, (Fig.5). analítica y se programa para realizar intervención quirúrgica tipo SYME.



Fig. 5

Análisis: Leucocitos 10.900, Hb 13.5, Hto 41.5%, Plaquetas 254.000, Glucosa 107 mg/dl, Creatinina 0.95 mg/dl, Sodio 139.5, Potasio 3.3, PCR 69 mg/L

Procedimiento quirúrgico:

Bajo anestesia local (Mepivacaina 2% 7 cc), sin isquemia, y con elevación de la pierna a 45°, se realiza incisión proximal a la articulación interfalángica del primer dedo. Seguidamente se realiza la ostectomía de la falange proximal, eliminando todos los tendones y tejidos desvitalizados. Al finalizar y tras un lavado exhaustivo con agua y jabón, suero, agua oxigenada, suero y povidona. Dejamos un drenaje tipo penrose de ¼ "y sutura de aproximación (Fig. 6y 7).



Fig. 6



Fig. 7

Remitimos al laboratorio los fragmentos óseos para su estudio microbiológico.

La cirugía se realizó sin incidencias.

Se prescribió tratamiento antibiótico con Levofloxacino 750mg/vía oral cada 24h.

Radiografía de pie, en proyección dorso-plantar. Control postoperatorio inmediato de la ostectomía de la base de la falange proximal del primer dedo (Fig.8).



Fig. 8

Aspecto pie al cabo de 48 horas: (Fig.9)



Fig.9

La herida quirúrgica presenta buen aspecto, solo existe un poco de maceración debido al sangrado. Retiramos drenaje(Fig.10). Curas con povidona yodada solución a través del trayecto del drenaje.



Fig.10

Al cabo de 72 horas, estando en situación de estabilidad clínica y ausencia de signos de alarma, se consensua alta debiendo acudir a control en UPD.

Siguió curas cada 48 horas curas con Polihexanida solución, y vendaje con gasas y venda de crepe, para estabilizar el primer dedo y lograr que adopte una correcta alineación.

Resultado del cultivo: Staphylococcus Aureus

Deberá seguir tratamiento antibiótico con Levofloxacino 750 mg/día durante 4 semanas.

Al cabo de 3 semanas desde la intervención, retiramos los puntos de sutura (Fig.11).

Fig. 11



4 semanas después, la herida estaba completamente cicatrizada (Fig.12).

Fig. 12



El paciente continúa sin lesiones 5 meses después.

Comentario:

En estos casos, y siempre en función de la clínica y estado vascular del paciente, es recomendable una actuación rápida.

Dado los antecedentes del paciente no hay que confiarse por pequeñas lesiones y realizar un seguimiento estrecho del mismo, si se complica como fue el caso al principio, un tratamiento con antibiótico endovenoso hubiera podido contener la infección de mejor manera pudiendo no someter al paciente aun riesgo importante de la pérdida del dedo incluso del pie.