

ÚLCERA PLANTAR EN EL QUINTO RADIO Y POLIOMIELITIS

Carrasco López C; Higuera Suñé 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 55 años que consulta por úlcera en pie derecho a nivel del 5º radio y planta, desde hace 5 años y que ha requerido varios ingresos, desbridamientos, tratamiento con antibióticos y curas sin lograr su curación. (Fig. 1 Imagen cedida por el paciente)



Fig.1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Diabetes Tipo II de 10 años de evolución. Sin control endocrinológico, cumplidor de dieta. Realiza autocontroles cada 2-3. días con valores de 150 mg/dl. Sin datos de HbA_{1c}.

Poliomielitis en la niñez con atrofia y equinismo. Asimetría extremidad inferior derecha. Utiliza calzado especial con alza externa e interna.

Neuropatía Diabética.

Bocio multinodular. Se practicó tiroidectomía. Hipotiroidismo post quirúrgico

Hace 3 años ingresó en un hospital y anteriormente había ingresado en otro por el mismo motivo (úlceras al 5º radio del pie derecho con osteomielitis MRSA y flora polimicrobiana (Enterobacter cloacae, Escherichia Coli, Enterococcus sensibles a imipenem) En el último ingreso se practicó resección cabeza 5º metatarsiano y recibió tratamiento antibiótico durante 6 semanas.

COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES

- Neuropatía Diabética
- No Retinopatía
- Función renal correcta

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente con buen estado general.

EID con secuelas de la poliomielitis, con pie en equino varo, irreductible de 50º, y varo de antepie de 35º, aducción del antepie de 40º. Dismetría de 10 cm.

Piel con cambios tróficos y úlcera de 3,5 cm de diámetro situada en la parte lateral y plantar del quinto radio con hiperqueratosis y exudación abundante.

Realiza la marcha en descarga con dos muletas. No es posible calzar con un zapato que no sea a medida y plantilla compensatoria.

- Pulsos distales (pedio y tibial posterior), presentes.
- Sensibilidades (táctil, algésica, vibratoria y presión), ausentes.



Fig. 2

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En la radiografía simple, (dorso plantar y oblicua interna) no se observan imágenes concluyentes para el diagnóstico de osteomielitis. Por ello, se decidió realizar Gammagrafía ósea 99mTc- HMDP cuyo resultado fue: Intensa acumulación de leucocitos a nivel de partes blandas de la región externa y plantar del pie derecho, a la altura del cuboides y base de 5º metatarsiano en íntimo contacto con la cortical ósea. Severa afectación artropática del tarso derecho. (Figs. 3 y 4)

Conclusión: Infección de partes blandas con sospecha de osteomielitis asociada a nivel de cuboides y base de 5º metatarsiano del pie derecho.

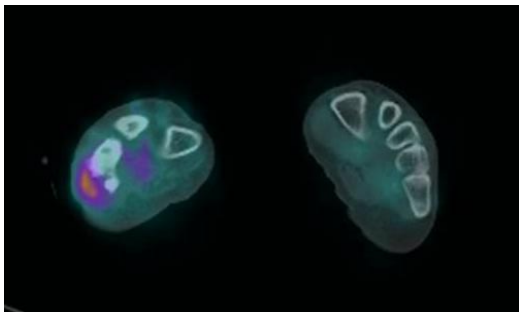


Fig. 3

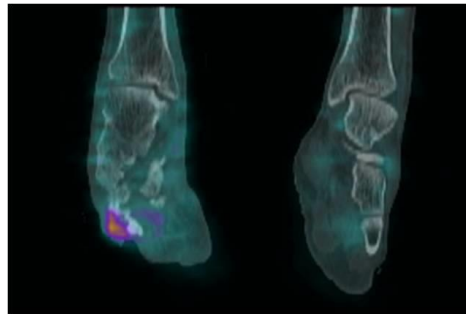


Fig. 4

Se presentó el caso al comité del pie diabético y se decidió realizar un desbridamiento amplio, para eliminar todos los restos óseos desvitalizados y tejidos adyacentes, y en una segunda fase valorar reconstrucción de tejidos. Para poder valorar el tipo de reconstrucción ya fuera mediante un autoinjerto o un colgajo, se le realizó angioTC. Con esta técnica nos planteamos que vascularización tiene en la zona así como su estado real para poder realizar un colgajo en la zona y aportar vascularización al colgajo mediante una anastomosis de los vasos del colgajo a unos vasos del pie (zona receptora) previamente seleccionados mediante el angioTC.

Intervención:

Bajo anestesia regional se realizó desbridamiento de partes blandas y restos óseos desvitalizados con amputación del 4º y 5º dedo y metatarsianos (Figs.5, 6 y 7). Hemostasia y aplicación de gasas impregnadas con Nitrofuraxolol® pomada y vendaje compresivo durante 48 horas. Seguidamente, se

instauró la terapia con presión negativa durante 5 días (125 mm/Hg) (Fig.8), para eliminar todos los fluidos y preparar el lecho de la úlcera para el autoinjerto. En las radiografías de control, (Figs. 9 y 10) no se observaron imágenes sugestivas de osteomielitis.

Al cabo de 7 días, tras el desbridamiento, la úlcera estaba limpia y preparada para realizar la reconstrucción.



Fig.5



Fig.6



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

TÉCNICA QUIRÚRGICA RECONSTRUCTIVA

Bajo anestesia general se realizó reconstrucción de la zona con colgajo de piel y fascia extraído de la zona inguinal y todo ello vascularizado por la arteria circumfleja supercial iliaca también llamado SCIP (Figs11, 12 y 13).

Se realiza un nuevo desbridamiento agresivo, con revitalización de la úlcera. Hemostasia cuidadosa.

Se prepararon los vasos receptores vena dorsal del pie y rama digital de la arteria pedia. Se realizó la disección del colgajo SCIP inguinal y se comprobó su viabilidad antes de cortar su arteria y su vena. Cuando se observó su viabilidad, se realizó su autonomización. La zona donante se realizó hemostasia cuidadosa, cierre por planos y colocación de redon. A nivel del pie, se procedió a realizar microanastomosis termino terminal rama lateral de arteria pedia a arteria del colgajo SCIP y para su drenaje venoso se realizó la microanastomosis de la vena dorsal a vena del colgajo SCIP. Se comprueba viabilidad del colgajo y se sutura por planos. Se colocan penrose y apósito no compresivo. Cobertura antibiótica con Piperacilina/Tazobactam, hasta conocer el resultado del cultivo. La cirugía se realizó sin incidencias.



Fig.11



Fig.12



Fig.13

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Al cabo de 9 días fue dado de alta, debiendo seguir controles cada semana en la unidad de Pie Diabético y Cirugía Plástica.

Resultado del cultivo: *Staphylococcus Aureus*. Se prescribió Levofloxacino 750 mg/24 horas, durante 4 semanas; Curas con apósitos antiadherentes y vendaje de compresión suave. El colgajo tuvo un sufrimiento venoso superficial que necesito pequeño desbridamiento y posterior cura tópica con lo que acabo cicatrizando. Logró curar completamente en los 4 meses siguientes. (Figs. 14, 15 y 16)



Fig. 14



Fig. 15



Fig.16

Una vez la úlcera estuvo cicatrizada completamente se realizaron zapatos a medida con alza interna y externa (dismetría 10 cm) debido a la poliomielitis, además de soportes plantares, para conseguir repartir la presión y al mismo tiempo compensar el varo resultante en todo el

lateral externo del pie. Asimismo, se recomendó utilizar un bastón para caminar con más seguridad.

Transcurridos dos años desde el alta el paciente sigue sin úlcera y deambulando con total normalidad. (Figs.17 y 18)



Fig. 17



Fig.18