

OSTEOMIELITIS DE LA ARTICULACIÓN METATARSO FALÁNGICA DEL PRIMER RADIO

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

Mujer de 64 años que ingresa de forma programada en nuestro centro el día 15/12/20 para intervención sobre foco de osteomielitis a nivel de la cabeza del primer metatarsiano del pie derecho con artritis séptica asociada (Fig. 1). Llevaba tratándose en otro centro más de 6 meses.



Fig.1

Antecedentes patológicos

- No alergias medicamentosas conocidas
- No hábitos tóxicos
- Independiente para las ABVD pero no para las instrumentales. Sale de casa acompañada.
- Diabetes mellitus tipo 2 pluricomplificada con retinopatía diabética bilateral panfotocoagulada, vasculopatía periférica, polineuropatía diabética con úlcera plantar derecha y amputación del 4º dedo del mismo pie y 1º del pie izquierdo.

Tratamiento en domicilio con insulina Toujeo 42-0-0, insulina Novorapid y Victoza. Última HbA1c (16/04/2020) 9.4%.

- Hipertensión arterial de larga evolución con buenos controles habituales.
- Dislipemia en tratamiento farmacológico.
- Enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética en hemodiálisis desde octubre de 2016. Trasplante renal DC Maastricht III el 24/09/2018 en tratamiento inmunosupresor con timoglobulina + prednisona + envarsus + myfortic (actualmente prednisona + envarsus; myfortic retirado por infecciones de repetición). Función renal habitual con creatinina de 1.2mg/dL.
- Estenosis aórtica leve-moderada degenerativa, insuficiencia mitral ligera y alteración diastólica tipo II. FE conservada (68%). Varios episodios de insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de infección respiratoria de vías altas
- Episodio de pancreatitis leve en marzo 2018 con CPRE normal

Exploración física

Pulsos distales simétricos y palpables con sensibilidades (algésica, barestésica y palestésica) ausentes. Marcha senil (pequeños pasos con balanceo e inestabilidad propio de personas con alteraciones de la sensibilidad propioceptiva. Romberg -.

Exploraciones complementarias

Analítica sanguínea

- *Hemograma*: 7.700 leucocitos (67,5%N, 17,3%L, 12,7%M, 2%E, 0,5%B), Hb 11,4g/dL, Htc 33,6, VCM 93,1 fL , plaquetas 201.000.
- *Bioquímica*: Glu 79 mg/dl, Prot 60,9 g/L, Ur 98 mg/dl, Cr 1,84 mg/dl, Na 139,9 mmol/L, K 4,06 mmol/L, Br total 0,7 mg/dL, FA 96 U/L, GOT 14 U/L, GPT 11 U/L, PCR 16 mg/L
- *Perfil Lipídico*: Tgl 151 mg/dl, Col total 140 mg/dl, HDL 38,1 mg/dl, LDL 72 mg/dl
- *Coagulación*: Quick 86 %, Fibrinógeno 620 mg/dl, TTPA 27,8 s

Radiología

En las radiografías ampliadas se pueden observar imágenes radiolúcidas en el extremo distal del 1er metatarsiano y en la falange proximal del 1er dedo junto a un aumento de la

densidad de las partes blandas adyacentes compatible, en el contexto clínico de la paciente, a foco de osteomielitis (Figs. 2a y 2b).



Fig. 2a



Fig. 2b

Intervención quirúrgica

Bajo anestesia local, se realiza incisión lateral y disección por planos hasta alcanzar la articulación metatarso falángica del primer metatarsiano del pie derecho, seccionando la cabeza metatarsal y la base de la falange proximal del primer dedo. Se resecan todos los elementos tendinosos y cartílagos y se liman las superficies óseas expuestas. A continuación, procedemos a realizar un lavado exhaustivo con agua y jabón, suero, agua oxigenada (que se aclara con suero) y en última instancia polihexanida. Dejamos un drenaje penrose de ¼" (Fig. 3) para comunicar la zona de la incisión con la zona plantar donde se ubicaba la úlcera. Finalmente realizamos la sutura de la incisión.

Remitimos los fragmentos extraídos al departamento de microbiología para cultivo. Se inicia antibioterapia de amplio espectro con piperacilina-tazobactam.



Fig. 3

Evolución clínica

Durante su estancia en planta se mantuvo afebril con descenso de los parámetros inflamatorios, buena evolución de la herida (Fig. 4) y con el dolor bien controlado, por lo que se decidió al cabo de 48 horas el alta con antibioterapia vía oral (Levofloxacino más Clindamicina ajustados a su función renal) y control en la unidad de Pie Diabético (UPD).

En la visita postoperatoria en la UPD, la herida está limpia, con mínima exudación. Realizamos limpieza y aplicación tópica de polihexanida. Se indicaron curas en su domicilio cada 48 horas y acudir a la UPD cada semana hasta la total cicatrización. Calzado postquirúrgico con suela antideslizante y rígida para generar una cierta inmovilización.

En el cultivo se aisló colonias de *Staphylococcus aureus* sensible a los antibióticos prescritos, que se continuaron hasta completar 4 semanas desde la intervención.



Fig. 4

En las radiografías postoperatorias del pie (dorso plantar y oblicua interna) se observan los cambios postquirúrgicos (Figs. 5 y 5a).



Fig. 5



Fig. 5a

Al cabo de 5 semanas postintervención, se retiran los puntos de sutura (Fig. 6). Se realiza cura seca con gasas y cincha metatarsal con venda de crepe, prescribiéndose soportes plantares para contrarrestar la ausencia del primer radio.



Fig. 6

Fue alta definitiva al cabo de 9 semanas tras la intervención (Figs. 7 y 8).



Fig. 7



Fig. 8