

## **NECROSIS DE TERCER DEDO POST INTERVENCIÓN DE F1-F2**

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**

Varón de 71 años que acude a control en la Unidad de Pie Diabético (UPD) posresección de la articulación F1-F2 del 3er dedo de la EID hace cuatro días. En tratamiento antibiótico con levofloxacin 750 mg/24 horas.

### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

- No refiere alergias
- Diabetes mellitus tipo 2 desde 2010, en tratamiento con dapagliflozina c/24h y Lantus 0-0-0-24. Última HbA1c: 5.3%.
- Retinopatía diabética leve-moderada.
- Neuropatía diabética
- Nefropatía diabética: MAL de 93.4, FG 76, Crea 1.02.
- HTA
- Panarteritis nudosa cutánea diagnosticada en junio de 2020 en tratamiento con prednisona 5mg c/24h.
- Endocarditis mitral tratada con antibioticoterapia y finalmente con reparación quirúrgica mediante anuloplastia mitral.
- Ictus isquémico subagudo multiterritorio de mecanismo cardioembólico (endocarditis) en diciembre 2020.
- Estenosis foraminal izquierda L5-S1 con rotación parcial y discopatías L3-L4 y L4-L5.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

BEG, normohidratado y normocoloreado. Consciente y orientado. FC 67 lpm. T<sup>a</sup> axilar 36 °C. TA 111/67 mmHg. SatO<sub>2</sub> 98% al aire.

EI: Pulsos distales presentes en todos los niveles. Sensibilidades (palestésica, barestésica y algésica) disminuidas. Desde hace 24 horas presenta celulitis en dorso del pie derecho, con el 3<sup>er</sup> dedo cianótico, frío y con tejido desvitalizado (Fig. 1).



Fig. 1

## **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Análisis (muestra extraída en la UPD): Hb 14.7, Hto 42.1%, leucocitos 10.100 (N 63.5%), plaquetas 204.000, Quick 77%, TTPA 1.06, glucosa 92, urea 73, creatinina 1.52, Na 138.7, K 4.3, proteína 74.1, PCR 34.5, bilirrubina 0.81 PCR COVID 19: negativa.

Radiografía pie (dorso plantar y oblicua interna): No se observan signos sugestivos de osteítis en la cabeza del 3<sup>er</sup> metatarsiano (Figs. 2-2a).



Fig. 2



Fig. 2a

Cultivo (muestra extraída en la intervención de la artritis séptica F1-F2): abundantes colonias de *Enterobacter cloacae* sensible a cefotaxima, gentamicina, ciprofloxacino y cotrimoxazol.

## **PROCEDIMIENTO**

En la UPD bajo anestesia local, se realizó la amputación del 3er dedo observando que también había afectación de la 3<sup>a</sup> cabeza metatarsal y parte de la diáfisis. Por ello se efectuó la resección de la cabeza metatarsal, parte de la diáfisis y de todos los tejidos desvitalizados, así como de tendones (Fig. 3).



Fig. 3

La cavidad resultante se rellenó con gasas impregnadas con Nitrofuril® durante las primeras 24 horas. Todas las muestras de hueso y tejidos se remitieron al laboratorio para el cultivo microbiológico. Seguidamente se realizó radiografía (dorso plantar y oblicua interna) de comprobación (Figs. 4-4a).



Fig. 4



Fig. 4a

El paciente quedó ingresado en la planta de endocrinología y se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam ev.

### **EVOLUCIÓN**

Al cabo de 24 horas tras la intervención, la herida quirúrgica había sangrado correctamente y mostraba un buen aspecto. La celulitis del dorso del pie había disminuido considerablemente. Después de un lavado exhaustivo con agua y jabón, suero y polihexanida, se decidió iniciar tratamiento con terapia con presión negativa a 125mm/Hg (Figs. 5-5a) para facilitar el relleno de la cavidad.



Fig. 5



Fig. 5a

Análisis sangre (24h postintervención): disminución de la PCR hasta 14.9. El resto de los valores dentro de sus rangos habituales.

Cultivo (muestras enviadas de la amputación): *Peptoniphilus indolicus*. Se pautó Meropenem 2gr/8 horas durante 14 días. Posteriormente pasó a tratamiento vía oral con ciprofloxacino + metronidazol hasta completar 4 semanas.

Recibió el alta hospitalaria al cabo de 5 días, pasando a ser controlado por el equipo de atención domiciliar que realizó el cambio del VAC y la administración del antibiótico intravenoso. El control en la UPD fue cada 2 semanas.

En la imagen (Fig.6), se puede observar como la cavidad, tras la aplicación de la terapia VAC, disminuyó considerablemente.

Dada la buena evolución, se recomendó seguir curas en domicilio por parte de un familiar del paciente con polihexanida cada 24 horas, previo lavado con agua y jabón, hasta la total cicatrización (Figs. 7-7a).



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 7a

Fue alta definitiva al cabo de 9 semanas. En la última visita, se realizó ortesis de silicona (Fig.8) sustitutoria del tercer dedo para evitar la clinodactilia y evitar nuevos puntos de presión y/o ulceración.



Fig. 8

Estos pacientes, una vez son dados de alta, deben seguir controles de forma periódica en su centro de atención primaria o UPD debido al alto riesgo de ulceración, así como reforzar los pilares para el autocuidado: higiene, hidratación y calzado.