

ÚLCERA EN EL PRIMER DEDO DEL PIE POR MORDEDURA DE RATA EN PACIENTE CON DIABETES Y SEVERA POLINEUROPATÍA

Viadé Julià, Jordi^(a,d). Judith Llussà^(e) Riera Hernández, Clàudia^(a-b). Reynaga Sosa, Esteban^(a-b)
Alonso Pedrol, Núria^(a-b). Nicolás Piera, Maria^(d). Sirvent González, Marc^(a-c-d)

Profesor máster en diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Universidad Autónoma de Barcelona^(a) Equipo multidisciplinar de Pie Diabético. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona^(b) Hospital General de Granollers^(c), Clínica de Peu Diabètic Sabadell (Barcelona)^(d). EAP St Roc Badalona. ICS^(e)

Motivo de consulta y antecedentes

Este es el relato de un episodio de úlcera de un paciente diabético con úlcera en el pie y que recibió tratamiento en su centro de salud, al cabo de dos semanas fue derivado a la Unidad de Pie Diabético y tras el tratamiento en el hospital, volvió a ser tratado en su centro de salud hasta el alta definitiva.

Se trata de un hombre de 65 años que vive junto a su esposa en condiciones de insalubridad y sociopatía ya conocida por servicios sociales (problemas económicos y de vivienda).

Como antecedentes patológicos presenta HTA, DLP, IC, obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de evolución pluricomplejada con: cardiopatía isquémica, retinopatía, nefropatía en hemodiálisis y polineuropatía avanzada. Amputación del primer dedo del pie derecho dos años antes por úlcera neuropática a consecuencia de un calzado.

Acudió a su médico de familia por odontalgia y aprovechó la consulta para mostrar una lesión indolora en el primer dedo del pie izquierdo secundaria a un mordisco de rata mientras dormía unas dos semanas atrás, según explica.

Evaluación y tratamiento en el centro de salud

Úlcera en dorso del primer dedo de unos 2 cm de diámetro, con bordes irregulares y signos de infección local (Grado II) (Fig.1), sin contacto óseo, sensibilidades ausentes, pulsos palpables, buena coloración y relleno capilar distal. Test de contacto óseo negativo.



Fig.1

Se realizó desbridamiento con bisturí y pinzas para eliminar el tejido no viable y macerado. Lavado con suero fisiológico, secado exhaustivo con gasas estériles y aplicación de alginato + oclusión y descarga con fieltro.

Se prescribió antibiótico empírico Amoxicilina/Ac Clavulánico 875/125mg cada 8 horas. Se citó para control a las 48 horas y se solicitaron radiografías en proyecciones dorso plantar y oblicua interna del primer dedo pie izquierdo. (Fig.2)



Fig.2

Cinco días después, acudió para realizar la primera cura (puso como excusa que no pudo ir antes porque tenía que ir a diálisis). Se realizó el mismo tipo de cura pautado (alginato+ descarga + vendaje). Las radiografías se valoraron como normales (Figs.3a-3b), no objetivándose imágenes compatibles con osteomielitis. La úlcera no supuraba. Se indicó seguir la misma pauta de curas.



Fig.3a



Fig.3b

Tras 12 días de tratamiento, la úlcera estaba estancada, con leve exudación sero-purulenta y eritema perilesional. El test de contacto óseo pareció que era positivo, aunque con ciertas dudas. Se solicitó visita a la Unidad de Pie Diabético (UPD) en modo preferente.

Primera visita a la UPD (a los 22 días de iniciar el tratamiento)

Paciente con úlcera en el dorso del 1er dedo pie izquierdo de 2 cm diámetro (Fig. 4). Bordes macerados y con ligera celulitis. Test de contacto óseo positivo. Pulsos distales presentes y sensibilidades palestésica, barestésica y algésica ausentes.



Fig.4

El paciente manifiesta que hacia 48 horas que había finalizado el tratamiento antibiótico (Amoxicilina/Ac Clavulánico). Se tomó una muestra para cultivo (Biopsia tejido profundo) y se indicaron curas con Polihexanida cada 24 horas y Clindamicina 300 mg/cada 8 horas hasta el resultado de biopsia. Siguió las curas en su centro de salud y se citó 1 en una semana.

Al cabo de una semana la úlcera era más profunda, con exudado purulento y había exposición ósea (articulación interfalángica del primer dedo). En el cultivo no se observaron microorganismos. Se decidió realizar en la misma consulta limpieza quirúrgica para eliminar los tejidos y fragmentos óseos no viables.

Bajo anestesia local troncular (Mepivacaina al 2%) se realizó la disección de la cavidad articular a través de la misma úlcera para lograr la extracción en bloque de la articulación y de todos los tejidos desvitalizados circundantes (Figs.5a-b). Tras una limpieza exhaustiva con agua oxigenada, suero fisiológico y povidona yodada, se aproximaron los bordes con monofilamento

de 3/0 dejando una pequeña abertura para el drenaje tipo Penrose de ¼" a través del dedo. Cura con gasas impregnadas con povidona iodada. Se remitieron todos los restos óseos y de tejido extraídos al laboratorio para su cultivo microbiológico.



Fig.5a



Fig.5b

De forma empírica se prescribió Levofloxacino 250 mg/48 horas y Clindamicina 300 mg cada 8 horas hasta tener el resultado del cultivo. Se realizaron las primeras curas en el centro de salud sin incidencias y a las 48 horas se retiró el drenaje. Al cabo de 5 días acudió a la UPD.

Resultado del cultivo: *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium striatum*. Consultado con el especialista de la unidad de enfermedades infecciosas, se administró Meropenem 1 gr/24h IV y Clindamicina 300mg /8horas, y se volvió a citar al paciente a la UPD en una semana, durante ese tiempo el paciente debía ir a su centro de salud a realizar las curas diarias.

Al cabo de una semana acudió a la UPD (nos informaron desde el centro de salud que no había acudido a curas). Al destapar la herida se observó la existencia de necrosis distal del lecho ungüeal, con celulitis y mal olor (Fig. 6).



Fig.6

De forma inmediata se decidió realizar la amputación del 1er dedo, procedimiento que se realizó bajo anestesia local y de forma ambulatoria en la misma UPD sin incidencias (Figs.7 a-b-c). Siguió el mismo tratamiento antibiótico (Meropenem + Clindamicina) que posteriormente se cambió por Linezolid® según aislamiento microbiológico y antibiograma.



Fig.7a



Fig.7b



Fig.7c

Siguió con curas domiciliarias por parte del personal asistencial de su centro de salud alternando con la UPD. La evolución fue correcta, con completa cicatrización al cabo de cinco semanas (Fig.8).



Fig.8

***En el próximo número se publicará un artículo con un análisis exhaustivo de todos los pasos efectuados en este caso clínico (exploración, diagnóstico, derivación a la UPD , tratamiento, educación diabetológica recibida).**