

Lesión necrótica pulpejo del primer dedo del pie izquierdo con celulitis

Viadé Julià, Jordi^(a,d), Sirvent González, Marc^(a-c-d), Riera Hernández, Clàudia^(b), Reynaga Sosa, Esteban^(b), Simón Pérez, Eduardo^(a-e).

Profesor máster en diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Universidad Autónoma de Barcelona^(a). Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona^(b). Hospital General de Granollers^(c). Clínica de Peu Diabètic. Sabadell (Barcelona)^(d). Hospital Recoletas Felipe II. Valladolid^(e).

ANTECEDENTES

Paciente varón 45 años Sin hábitos tóxicos. Trabaja como técnico de maquinaria industrial.

Antecedentes familiares: Padre Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), madre DM2, hija de 11 años sin diabetes en la actualidad.

Antecedentes personales:

- DM probablemente tipo 2, diagnosticada a los 30 años a raíz de clínica de insulinopenia, en contexto de sobrepeso (95 kg). Última HbA1c (Abril/2022) 8.2% (previas en torno a 12%). Actualmente en tratamiento con Toujeo®.

Sin complicaciones agudas. Complicaciones crónicas microvasculares: FG actual >90 ml/min con microalbuminuria (última determinación del cociente en Abril/2022), fondo de ojo en 2009 sin retinopatía diabética; Polineuropatía diabética con ausencia de sensibilidades (superficial y profunda). Complicaciones macrovasculares: Clínica de claudicación intermitente.

- Sobrepeso antropometría (Abril/2022) P 87 kg, T 185 cm, IMC 25.4

PROCESO ACTUAL

Acude a urgencias por lesión en primer dedo del pie izquierdo con celulitis hasta la raíz de la pierna, de unos 2-3 días de evolución. Estuvo trabajando en una feria cargando maquinaria y utilizando bota laboral (Fig. 1).



Fig. 1

Buen estado general, consciente y orientado. Hemodinámicamente estable, sin fiebre termometrada ni sensación distérmica, linfangitis.

Ausencia total de sensibilidades (barestésica, palestésica y algésica); Pulsos distales (pedio y tibial posterior) presentes.

A nivel de la cara plantar del primer dedo sobre la articulación interfalángica del pie izquierdo presenta una placa necrótica, que fluctúa, sin drenaje purulento lesión de unos 2 cm con eritema perilesional y aumento de temperatura en el dorso de pie.

Radiografía simple: No se observan signos de osteomielitis en 1º dedo del pie izquierdo (Figs. 2, 2a-2b).



Fig. 2



Fig. 2a



Fig. 2b

Analítica en urgencias:

Hemoglobina 12.6 g/dl, Leucocitos $10.02 \times 10^3/\text{ul}$, Plaquetas $321 \times 10^3/\text{ul}$, APTT Ratio 1.01, Glucosa 91 mg/dL, Urea 27 mg/dl, Creatinina 0.80 mg/dl, Filtrado glomerular estimado $>60 \text{ ml/mi}/1.73\text{m}^2$, Potasio 3.60 mmol/l. PCR 73.7 mg/l

Se realiza curetaje lesión necrótica del pulpejo del primer dedo del pie izquierdo, se cursa cultivo microbiológico y se inicia cobertura empírica con piperacilina-tazobactam; Ingresa en planta.

EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Al cabo de 24 horas, hay una mejoría de la celulitis que se limita a nivel dorsal y buen aspecto ulcera aunque muy exudativa. (Figs. 3, 3a).



Fig. 3



Fig. 3a

Analítica (24h del ingreso en planta):

-Hemograma: Hb 12.6, normocítica y normocroma, 9000 leucocitos, 376000 plaquetas

-Coagulación: TP 85%, TTPA 29.1 seg, fibrinógeno $>700 \text{ mg/dl}$

- BQ: glucosa: 138, HbA1c 8.2%, albumina 33.3, urea: 23, FG >90 , creatinina 0.84, urato 5.3, calcio: 8.80, ca corregido 9.3, fósforo 3, magnesio 1.98, Na 139.1, K + 4.03, FA 101, AST 17, ALT 33, PCR 52.60

Analítica (72h del ingreso)

-hemograma: Hb 12.2 g/dl, leucocitos 7.500, plaquetas 362.000

PCR 20.50 mg/l

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Durante su estancia en planta de hospitalización se mantiene hemodinámicamente estable, afebril, con saturaciones al aire ambiente correctas. Al cabo de 72 horas la celulitis se limita al dorso del pie.

Analíticamente sin leucocitosis, disminución de la PCR 73.7 a $>20 \text{ mg/l}$ al alta.

Se realizan curas diarias con Polihexaina solución, objetivándose una mejoría considerable (Figs. 4, 4a).



Fig. 4



Fig. 4a

Resultado cultivo microbiológico: *Staphylococcus aureus* + *Corynebacterium striatum*
Inicialmente cubierto con piperacilina-tazobactam, que se des escala a levofloxacino 750 mg/24h y clindamicina 300 mg cada 8h vía oral durante cuatro semanas dada la buena evolución.

Al alta se indica el mismo tipo de cura (Polihexaina solución) previo lavado con agua y jabón y aplicación de descarga con fieltro adhesivo (10 mm) y zapato con talón invertido. Siguió controles en la Unidad de Pie Diabético (UPD) cada semana.

Al cabo de dos semanas del alta hospitalaria, la úlcera presentaba un buen aspecto y todos los signos de infección local habían desaparecido (Figs. 5, 5a).



Fig. 5



Fig. 5a

Al cabo de 4 semanas de tratamiento ambulatorio, la úlcera seguía epitelizando. Se indico que debería seguir con las curas y la descarga hasta la cicatrización total de la lesión, así como seguir utilizando la bota con talón invertido (Figs. 6, 6a).



Fig. 6



Fig. 6a

A las 7 semanas la úlcera esta prácticamente curada. Para comenzar a utilizar el calzado habitual (no la bota laboral), se realizó una ortesis con silicona tipo masilla, (Figs. 7, 7a) para realizar la función del filtro adhesivo y evitar la sobrecarga a nivel de la articulación interfalángica del primer dedo del pie izquierdo.



Fig. 7



Fig. 7a

El paciente siguió protegiendo con gasa la zona de la lesión y utilizando la ortesis de silicona, hasta la total curación, que ocurrió al cabo de 10 semanas tras el ingreso (Fig. 8).



Fig. 8

RECOMENDACIONES FINALES

Es un paciente con severa polineuropatía diabética, con ausencia total de sensibilidades y que, para su actividad laboral, debe de utilizar unas botas de seguridad.

Por ello, aparte de los cuidados propios del pie diabético con pie de riesgo, habrá de tener muy en cuenta el tipo de calzado laboral que debe de utilizar. En el mercado existen de diferentes calidades y materiales con menos peso e igual protección. Para el paciente diabético con pie de riesgo, debe de utilizar un calzado laboral confeccionado con buenos materiales, que proporcione gran comodidad y máxima protección. La utilización de la ortesis de silicona para evitar la sobrecarga en la zona donde hubo la lesión, así como realizar un estudio biomecánico para valorar la necesidad de unos soportes plantares para redistribuir bien las zonas de carga, es de suma importancia para evitar la recidiva.