

## MANEJO ÚLCERA PLANTAR EN EL PIE DERECHO TRAS DESBRIDAMIENTO POR INFECCIÓN

Hernández Rodríguez, María Victoria <sup>(a-b)</sup>, Serra Perucho, Núria <sup>(a-b)</sup>, Viadé Julià, Jordi <sup>(b-c)</sup>.

Angiogrup, Clínica Sagrada Familia (Barcelona) <sup>(a)</sup> - Profesor Máster en Diagnóstico y Tratamiento del Pie Diabético. Universidad Autónoma de Barcelona <sup>(b)</sup> - Clínica de Peu Diabètic. Sabadell (Barcelona) <sup>(c)</sup>.

### Introducción

Varón de 74 años ya conocido desde hace dos años por varios episodios de úlceras en ambos pies, es derivado a nuestra consulta del pie diabético desde el propio hospital tras desbridamiento (\*) de absceso plantar en pie derecho hace 2 semanas. Ingresó a través de urgencias al presentar dolor, celulitis y fiebre (Fig. 1).



Fig. 1

(\*) Una vez estabilizado en urgencias con antibióticos de amplio espectro (Piperacilina/Tazobactam) y valorado por cirugía vascular, se procedió a realizar desbridamiento quirúrgico.

Bajo anestesia epidural se realizó un desbridamiento lateral - plantar, para facilitar la salida del material purulento y restos óseos desvitalizados. Tras una limpieza exhaustiva, se tomaron muestras óseas para cultivo microbiológico, y aproximación de los bordes mediante sutura dejando un drenaje tipo Penrose (Figs. 2-3).



Fig.2



Fig.3

## Antecedentes personales

- Sin alergias conocidas.
- Exfumador desde hace unos 10 años. Sin otros hábitos tóxicos.
- Socio funcional: Independiente para prácticamente todas las AVD. Vive en domicilio con su hija.

## Antecedentes patológicos

- Diabetes mellitus tipo 2 de 13 años de evolución, en tratamiento con Synyardy® 5/1000. Último valor HbA1c: 6.9 %.
- Intervenido de cataratas. Sin retinopatía.
- Polineuropatía diabética.
- Cardiopatía isquémica: Intervenido de Bypass Aorto-coronario + sustitución válvula aórtica (septiembre 2020). En tratamiento con Eliquis®.
- Angioplastia femoral superficial + angioplastia troncos distales + amputación primer dedo pie izquierdo (2020). • Amputación 2º dedo pie izquierdo (2021).
- Amputación transfalángica tercer dedo pie izquierdo (2022).

## Exploración física

Pie Derecho: Herida quirúrgica abierta en lateral pie y úlcera plantar a nivel cola calcáneo. Ausencia de flogosis, aunque con exudación abundante.

- TA 130/70 mm/Hg. FC 88 bpm.
- Sensibilidades: Palestésica, barestésica y algésica muy disminuidas.
- Pulsos distales no palpables, ¿poplíteo? Para completar la exploración vascular se realizó Eco-Doppler:

Eje femoro-poplíteo parcialmente calcificado, sin lesiones significativas, curva monofásica. Salida distal principalmente por peronea y tibial posterior lesionada. Tibial anterior cerrada en tercio medio que recanaliza a la pedia por colaterales.

Se decidió que debía continuar ingresado en el hospital. Tras 48 horas se realizaron radiografías (perfil oblicua interna y externa) en las que no se observaron imágenes sugestivas de osteomielitis (Figs. 4-5-6). Se tomaron muestras del exudado para cultivo microbiológico.



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Después de una minuciosa limpieza de las heridas con agua y jabón, seguida de aclarado con suero fisiológico, se procedió a eliminar cuidadosamente con bisturí todo el tejido hiperqueratósico circundante y fibrina. Se estableció un plan de curas tópicas diarias con irrigaciones de ácido hipocloroso, las cuales se fueron disminuyendo gradualmente (Figs. 7 – 8).



Fig. 7



Fig. 8

Durante la primera semana de ingreso se indicó reposo relativo (sin apoyo de la extremidad). Las heridas fueron evolucionando correctamente y el exudado fue también disminuyendo. Por ello se decidió iniciar terapia de presión negativa las primeras 24 horas a una presión de 100 mm/Hg. Al comprobar una óptima tolerancia se aumentó la presión a 120 mm/Hg (Fig.9).



Fig. 9

En el resultado del cultivo, se aislaron colonias de *Staphylococcus aureus* Meticilin-resistente y *Corynebacterium striatum*. Ya que ambos gérmenes mostraron sensibilidad a Vancomicina y Linezolid, se inició un tratamiento intravenoso con Vancomicina durante un período de dos semanas.

## Evolución clínica

Dada la buena evolución de las heridas, recibió el alta al cabo de 3 semanas y se autorizó a realizar carga total de la extremidad.

Se recomendó que continuara con el tratamiento de terapia VAC. Resultó de suma importancia el tomar medidas para proteger la zona de las úlceras y evitar la sobrecarga. Para ello se utilizaron fieltros adhesivos de 10 mm de grosor descargando la zona de las úlceras y poder así adaptar la terapia VAC al calzado quirúrgico.

Se realizaron cambios del VAC cada 4 días hasta completar un mes de tratamiento.

Posteriormente, siguió curas con cadexómero yodado, realizando el cambio del fieltro adhesivo 2 veces por semana.

Se programaron visitas semanales en la consulta de pie diabético para control y desbridamiento de algunas placas de hiperqueratosis persistentes en la parte lateral externa (Fig. 10).



Fig.10



Fig.11

Durante todo este proceso utilizó botina post - quirúrgica de cierre con velcro (Fig. 11) hasta la total cicatrización. Este tipo de calzado proporcionó la suficiente capacidad para acoger la descarga y el vendaje gracias al sistema de cierre con velcro (Fig. 12).



Fig. 12

Las visitas de control se fueron espaciando debido a la buena evolución. Al cabo de 4 meses se llegó a una completa cicatrización. En esta etapa, el paciente acudió a un podólogo, quien le proporcionó un soporte plantar personalizado (Fig.12) que le permitió caminar con relativa normalidad y prevenir futuras recurrencias. Además, se recomendó la adquisición de calzado adecuado, con la suficiente amplitud y capacidad de sujeción.

Adicionalmente, surgió un problema de gran inestabilidad en la articulación del tobillo, lo que resultaba en una torsión del pie en varo que dificultaba la capacidad de caminar. Para abordar este problema, se requirió el uso de una ortesis funcional (Fig. 13) para estabilizar eficazmente la extremidad.



Fig.12



Fig. 13

El paciente optó por utilizar botas de media caña con un ancho de 20. Después de 4 meses, las úlceras continúan cicatrizadas, lo que le ha permitido caminar cómodamente por su hogar y salir a pasear diariamente. (Fig. 14)



Figs. 14

## CONCLUSIONES

- Es fundamental recordar que, una vez estos pacientes son dados de alta, deben seguir controles periódicos debido al elevado riesgo de recurrencia de úlceras.
- Es esencial reforzar los fundamentos del autocuidado, que incluyen mantener una buena higiene, saber reconocer los signos de alarma y utilizar el calzado apropiado.
- El tratamiento ortopédico (soporte plantar) debe ser personalizado y sometido a revisiones periódicas.
- Un enfoque multidisciplinar es “la piedra angular “para el manejo efectivo de estos pacientes.