Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1776

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1446 - MAL PERFORANTE PLANTAR

J. Rodríguez Albarrán[a] y F.J. Arribas Aguirregaviria[b]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 83 años, acude a urgencias por dolor en pie derecho de una semana de evolución. Antecedentes personales: HTA, obesidad grado I y diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente de 20 años de evolución, mala adhesión al tratamiento y malos controles metabólicos, retinopatía hipertensiva y diabética, osteomielitis y amputación en de primer dedo de pie izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Observamos úlcera plantar en cabeza del quinto metatarsiano del pie derecho, 1 por 1,5 cm de extensión, circular en sacabocado, exposición ósea, exudado serohemático, signos de infección, maceración y necrosis. Pulsos tibiales posteriores y pedios conservados. Úlcera grado III de Wagner. Clasificación IDSA (Infectious Disease Society of America): infección moderada-grave. IWGDF (The International Working Group on the Diabetic Foot) PEDIS: grado 3. Monofilamento Semmes-Weinstein: pérdida de sensibilidad táctil y vibratoria en región plantar derecha. Reflejo aquíleo conservado. Cultivo herida: Klebsiella oxytoca, Morganella morganii y S. viridans. Radiografía pie derecho: destrucción de cabeza del quinto metatarsiano del pie derecho, aumento del espacio interóseo entre cuarto y quinto metatarsiano y gas en el espacio tisular.

Juicio clínico: Mal perforante plantar.

Diagnóstico diferencial: Arterioesclerosis obliterante. Enfermedad de Buerger. Tabaquismo. HTA. Dislipemias. Vasculitis. Enfermedad de Raynaud. Celulitis. Erisipelia. Diabetes. Anemia. Neuropatía diabética.

Comentario final: Ante un mal perforante plantar debemos clasificar el tipo de úlcera y posible infección para un correcto tratamiento, mediante las escalas citadas. En nuestro caso existe una lesión que precisa, curas diarias, desbridamiento por presentar tejido necrótico y tratamiento antibiótico, que cubra la posible osteomielitis al existir tejido óseo expuesto, siendo S. aureus el más frecuentemente responsable. Se pauta tratamiento con cloxacilina 13 días. Según la clasificación IDSA hubiéramos tenido que tratar con ertapenem ± daptomicina, linezolid o glucopéptidos. Como alternativa utilizaríamos amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporina de 3ª generación + metronidazol, fluorquinolonas, piperacilina-tazobactam, imipenem, meropenem ± linezolid, daptomicina o glucopéptido. Vista la mala evolución de la herida se decide aumento de la dosis

antibiótica e interconsulta con el servicio de cirugía vascular. Después de dos días con evolución positiva, reaparece un aumento de necrosis y signos de infección y maceración, se decide cambiar cloxacilina por amoxicilina-ácido clavulánico, disminuyendo el tejido necrótico, permaneciendo el edema y aumentando la maceración, agudizándose posteriormente los signos de infección y exudado. Realizamos cultivo de la herida. Tras recibir resultados, siendo todos los microorganismos sensibles a ciprofloxacino, se comienza con dicho antibiótico siete días, prolongándose otros siete por la tórpida evolución, tras episodio de aumento de rubor del miembro y mal olor de la úlcera, permaneciendo el paciente afebril y consiguiéndose buena evolución. Cirugía vascular: mantener tratamiento antibiótico, curas cada 24-48 horas, no apoyar pie derecho, revisión en una semana con radiografía y controlar valores metabólicos y riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. 2004;34(5).

2. Blanes JL, Clará A, Lozano F, Alcalá D, Doiz E, Merino R, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie diabético. 2012;64(1):31-59.

3. Antón Santos JM, Teigell Muñoz FJ, Ramos Leví AM, Marcuellos Foncillas C. Endocrinología, 6ª edición. Madrid. 2013.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.