

TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DIABETICA*

JUAN MONCLÚS

Servicio de Urgencias de la Residencia Sanitaria «Francisco Franco»
Barcelona (España)

El gran número de enfermos afectos de Gangrena Diabética que hemos asistido durante estos últimos meses, la mayoría de los cuales en el Servicio de Urgencias de la Residencia Sanitaria «Francisco Franco», nos ha animado a preparar la presente comunicación.

Siguiendo las directrices de MARTORELL, hemos clasificado a los enfermos con Gangrena Diabética, desde el punto de vista terapéutico, en tres grupos:

- 1.^o Enfermos isquémicos o propiamente arteriosclerosos.
- 2.^o Enfermos infectados o propiamente diabéticos.
- 3.^o Enfermos neurológicos.

Hemos seleccionado 20 casos de Gangrena Diabética de los cuales 6 pertenecen al 1.^o de los grupos, 12 al 2.^o y 2 al 3.^o

1.^o *Enfermos isquémicos:* En los diabéticos la obliteración adopta el tipo terminal, siendo la aparición de la necrosis más precoz que en el arterioscleroso puro. De todas formas la terapéutica viene a ser aquí muy semejante a la de la Gangrena Arteriosclerosa, ya que el problema fundamental sigue siendo el de la falta de aporte sanguíneo, quedando relegado a segundo plano el propiamente diabético.

Hemos observado en la mayoría la disminución o falta absoluta de oscilaciones y pulso en las piernas enfermas. Algunos de ellos presentaban antecedentes de claudicación intermitente.

Tratamiento:

- 1.^o Extracto esplénico (Esplenormón fuerte 4 c.c. al día).
- 2.^o Tionato cálcico (10 c.c. al día).
- 3.^o Heparina angiotrófica (25 mg. días alternos).
- 4.^o Insulina, dando la mínima cantidad necesaria para mantener a los enfermos en una ligera hiperglicemia, que se controlará diariamente, ya que como afirman DIBOLD y FALKENSAMMER la insulina influye desfavorablemente en los procesos vasculares.

* Comunicación en las VI Jornadas de la Sociedad Española de Angiología, Torremolinos (Málaga), 1960.

En 3 enfermos tuvimos que practicar amputación a nivel del tercio medio del muslo cerrando el muñón; cuando acudieron a nuestra consulta presentaban gangrena de casi todo el pie.

En los otros 3 enfermos practicamos, además del tratamiento médico, una simpatectomía lumbar que sirvió para delimitar la gangrena y hacer una amputación menor; no cerramos el muñón. Presentaban gangrena de uno o varios dedos.

2.º Enfermos infectados: En estos enfermos debemos centrar en la infección y la diabetes la mayor atención. Las lesiones francamente infecciosas alteran determinadas estructuras y en su propagación afectan sobre todo las vainas tendinosas y las pequeñas articulaciones.

Tratamiento:

- 1.º Antibióticos (Penicilina, Sulfamidas, Terramicina).
- 2.º Régimen dietético enérgico.
- 3.º Insulina, procurando mantener al paciente en una ligadura hipoglicemia. Las glucosurias deben ser negativas.
- 4.º Desbridamientos, que deben repetirse si es necesario hasta mantener heridas limpias.
- 5.º Arterioterapia (Novocaína, Penicilina).
- 6.º Extracto esplénico.
- 7.º Localmente toques con alcohol yodado.

Comentaremos 10 casos conjuntamente, dejando para el final los 2 más interesantes. Ocho enfermos llegaron a nosotros en muy mal estado general, glicemias muy altas y gran extensión de necrosis; de éstos, 2 murieron de coma diabético a los pocos días de su ingreso.

A los 6 restantes tuvimos que practicarles amputación a nivel tercio muslo.

En los otros 2, cuyo estado general era mucho mejor, fue suficiente una amputación transmetatarsal.

Vamos a relatar a continuación los dos últimos casos:

Caso 1.º — Enfermo de 68 años. Se descubre diabetes hace 12 años. Hace un mes se infecta la uña del dedo gordo al arreglarle los pies el callista; desde entonces dolor que se convierte en insopportable últimamente. Cuando la vemos presenta gangrena del dedo gordo del pie. A exploración, pulso en pedia y tibial posterior, oscilometría supramaleolar normal en relación con la otra pierna. Se trata con Penicilina, Extracto esplénico, Insulina. A los 6 días amputamos el dedo gordo; la herida sangra de tal forma que hay que practicar varias ligaduras. Decidimos cerrar el muñón; se quitan puntos a los 7 días; muñón cicatrizado. Alta. Vista a los 2 meses, se encuentra perfectamente.

Caso 2.º — Enferma de 61 años con gangrena de ambas extremidades inferiores. Acude al Servicio de Urgencias. Vista por el cirujano general la remite a su casa alegando no presenta problema quirúrgico. Vuelve de nuevo a los 3 días; ingresa. Su cirujano general practica desbridamiento y cura húmeda, antibióticos e Insulina. La vemos a los 5 días de su ingreso. A la exploración observamos gangrena de todos los dedos del pie izquierdo con linfangitis que alcanza hasta cerca de la rodilla. En la pierna derecha, gangrena de los dos primeros dedos. La oscilometría supramaleolar es normal. Glicemia 2'50 gr. por mil. Aumentamos las dosis de Insulina y practicamos diariamente arterioterapia con Penicilina y novocaína; conseguimos glicemias de 1'25 gr. por mil, y a los 7 días amputamos la pierna izquierda en tercio medio muslo; 9 días después amputación transmetatarsal del pie derecho, dejando el muñón abierto.

3.º Enfermos neurológicos: Algunos diabéticos acuden a nosotros con úlceras poco dolorosas que revisten las características del mal perforante plantar. Generalmente acaban complicándose con una osteoartritis o tenosinovitis supuradas.

Tratamiento:

- 1.º Antibióticos.
- 2.º Insulina vigilando diariamente la glicemia.
- 3.º Extracto esplénico.
- 4.º Amputaciones menores.

Los enfermos presentaban úlceras plantares que no curaban y que últimamente se habían convertido en dolorosas. Oscilometría y pulsos normales. Radiográficamente comprobamos, en los dos, osteoartritis de la articulación metatarso-falángica.

Practicamos amputación transmetatarsal, dejando el muñón abierto.

CONCLUSIONES.

En todo enfermo afecto de Gangrena Diabética hay que actuar rápida y enérgicamente, teniendo en cuenta que no solamente peligran los miembros del enfermo sino su misma vida.

La clasificación de los pacientes en estos tres grandes grupos nos será muy útil al aplicar su terapéutica, pero tampoco debemos ser demasiado esquemáticos ya que frecuentemente suelen interferirse los componentes vasculares, nerviosos e infecciosos.

No hemos usado antidiabéticos orales por creer que la Insulina está todavía muy por encima de ellos.

Parece ser que últimamente el uso del Quimotrase usado por vía intrarterial está dando muy buenos resultados, nosotros lo empleamos solamente en un paciente a título de ensayo.

En algunos casos es conveniente la colaboración de un diabetólogo.

RESUMEN

Orientado a la terapéutica, el autor resalta la importancia del distingo entre los tres tipos de gangrena diabética según predomine la isquemia, la infección o las lesiones neurotróficas. Se acompañan casos demostrativos.

SUMMARY

The author outlines the importance in differentiating the three types of diabetic gangrene according to whether ischemia, infection or neurotrophic lesions predominate. This differentiation is of great importance in treatment. Demonstrative cases are reported.

BIBLIOGRAFÍA

MARTORELL, F.: "Accidentes vasculares de los miembros". Ediciones Salvat 1953.