

Miguel J. Martinez Yoldi

Servicio de Microbiología, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Spain

E-mail address: myoldi@clinic.ub.es

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.07.009>
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Biopsia ósea percutánea es diferente de biopsia ósea transulcerosa. Comentarios a «Osteomielitis de pie diabético: ¿es posible un manejo conservador?»



Percutaneous bone biopsy is different to per-wound bone biopsy. Comments on «Diabetic foot osteomyelitis: Is conservative treatment possible?»

Sr. Editor:

Actualmente está perfectamente aceptado por los grupos internacionales de trabajo que la osteomielitis en el pie diabético puede ser tratada con éxito exclusivamente con antibióticos, con resultados incluso similares a la cirugía^{1,2}. También existe acuerdo en que para tratar a estos pacientes exclusivamente con antibióticos es recomendable obtener una muestra del hueso infectado. De esta manera se obtienen datos fiables del microorganismo implicado en la infección, así como su sensibilidad a los antibióticos¹. Las muestras de hueso pueden ser obtenidas durante el tratamiento quirúrgico o mediante biopsia percutánea, que se considera el gold standard para el diagnóstico microbiológico³. Jordano-Montañez et al.⁴ afirman en su artículo que todas las muestras óseas se obtuvieron mediante punción percutánea, siendo un requisito para ser incluido en el estudio⁴. La técnica de biopsia ósea percutánea se realiza a través de la piel sana por lo menos a 20 mm del borde de la úlcera. El procedimiento se lleva a cabo en quirófano, por un cirujano experimentado que usa una aguja para biopsia mediante control fluoroscópico⁵. El objeto es obtener una muestra no contaminada para tratar al paciente exclusivamente con antibióticos. No parece que este haya sido el procedimiento realizado por Jordano-Montañez et al. por 2 razones. El hecho de referir que no se utilizó escobillón ya indica que la toma de muestra ósea se realizó actuando sobre la úlcera. Por otro lado, los autores definieron como tratamiento conservador el desbridamiento quirúrgico de la úlcera y de la máxima cantidad de hueso afectado que se podía extraer a través de ella y mediante mínimas resecciones en la consulta externa de Podología, junto con tratamiento antibiótico. No parece una secuencia lógica llevar al paciente a quirófano para una biopsia percutánea y después realizar un desbridamiento quirúrgico y una resección ósea en la consulta de Podología. Se extrae del contexto del artículo que lo que los autores realizaron fue desbridar el hueso infectado en la consulta de Podología y los fragmentos óseos fueron remitidos al laboratorio de microbiología. Esto no es una biopsia percutánea, sino una biopsia transulcerosa, un procedimiento similar al empleado por Lesens et al. con el

que obtuvieron una tasa de remisión del 81%⁶. Los autores deben aclarar si el 73% de curación es el resultado de la toma de muestras del hueso mediante el desbridamiento de la herida y el hueso en la consulta de podología. Si ha sido así, la tasa de curación no puede ser atribuida al uso de antibioterapia guiada mediante biopsia por punción percutánea ya que este concepto ha sido utilizado de una forma errónea. Adicionalmente, los autores declaran que en todos los episodios se realizó el diagnóstico sobre la base del resultado positivo del cultivo óseo. Eso significa que en todas las muestras se obtuvo un aislado con su correspondiente sensibilidad a antibióticos. ¿Por qué razón en el 9% de los pacientes curados y el 23% de los no curados no se usó la antibioterapia guiada por cultivo? Esto debe ser aclarado porque los autores relacionaron el uso de la antibioterapia guiada por cultivo con un mejor pronóstico de la lesión. Sin embargo, los autores no pueden establecer esta relación ya que no obtuvo significación estadística ni en el análisis bivalente ($p = 0,12$) ni en el análisis de regresión logística ($p = 0,05$).

Bibliografía

1. Lipsky BA, Aragon-Sanchez J, Diggle M, Embil J, Kono S, Lavery L, et al. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32 Suppl 1:45–74.
2. Lazaro-Martinez JL, Aragon-Sanchez J, Garcia-Morales E. Antibiotics versus conservative surgery for treating diabetic foot osteomyelitis: A randomized comparative trial. *Diabetes Care*. 2014;37:789–95.
3. Berendt AR, Peters EJ, Bakker K, Embil JM, Eneroth M, Hinchliffe RJ, et al. Diabetic foot osteomyelitis: A progress report on diagnosis and a systematic review of treatment. *Diabetes Metab Res Rev*. 2008;24 Suppl 1:S145–61.
4. Jordano-Montañez Q, Muniz-Tatay M, Viade-Julía J, Jaen-Manzanera A, Royo-Serrando J, Cuchi-Burgos E, et al. Diabetic foot osteomyelitis: Is conservative treatment possible? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:555–9.
5. Senneville E, Lombart A, Beltrand E, Valette M, Legout L, Cazaubiel M, et al. Outcome of diabetic foot osteomyelitis treated nonsurgically: A retrospective cohort study. *Diabetes Care*. 2008;31:637–42.
6. Lesens O, Desbief F, Vidal M, Robin F, Descamps S, Beytout J, et al. Culture of per-wound bone specimens: A simplified approach for the medical management of diabetic foot osteomyelitis. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17:285–91.

Javier Aragón-Sánchez

Departamento de Cirugía, Unidad de Pie Diabético, Hospital La Paloma, Las Palmas de Gran Canaria, España

Correos electrónicos: javiaragon@telefonica.net, drjaviaragon@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.08.009>
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.