



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1360 - LA HERIDA DEL PIE NO SE ME CURA

M. Rodas Díaz^a, E. Trillo Díaz^b y E. Sánchez Fernández^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Torrox. Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Norte. Málaga. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que consulta por inflamación en 1^{er} dedo de pie derecho. Antecedentes: diabetes mellitus (mal control), retinopatía, microangiopatía/neuropatía diabética, hipertensión, dislipemia. Tratamiento: metformina 850 mg/12h, humulina, AAS 100 mg/24h, enalapril 20 mg/24h, gemfibrozilo 900 mg/24h. A la exploración: levantamiento ungueal parcial primer dedo pie derecho. Se indica reposo, curas por enfermería y seguimiento. Presenta buena evolución. Unos meses después consulta por herida en mismo pie.

Exploración y pruebas complementarias: Se objetiva úlcera 4º dedo pie derecho con supuración. Se indica cultivo, amoxicilina/clavulánico y curas por enfermería. Presenta mala evolución, derivándose a urgencias donde cirujano explora al paciente y pauta mismo tratamiento. Persiste empeoramiento, con epidermolisis cara anterior 4º dedo pie derecho, derivándose nuevamente a urgencias donde cirujano indica cambio a ciprofloxacino (cultivo: Klebsiella oxytoca, sensible a amoxicilina/clavulánico, ciprofloxacino...). Al mes empeoramiento progresivo, necrosis seca 4º dedo pie derecho, dolor en zona plantar 2º, 3^{er} y 4º dedos. Su médico lo deriva nuevamente para valoración por cirujano que indica ingreso y desbridamiento por necrosis seca 2º dedo. Tras el alta curas diarias por enfermería con evolución tórpida, presentando shock séptico secundario, trasladándolo a urgencias donde cirujana objetiva herida en cara plantar pie derecho, exposición completa tendón flexor común de los dedos, esfacelos y necrosis local; radiografía pie derecho: osteomielitis de 2º, 3^{er} y 4º metatarsianos derechos. Es trasladado a hospital de referencia para valoración por cirujano vascular. Deciden amputación infracondílea de miembro inferior derecho.

Juicio clínico: Isquemia arterial crónica miembros inferiores. Mal perforante plantar. Pie diabético.

Diagnóstico diferencial: Onicocriptosis. Hiperqueratosis. Úlcera neuropática. Mal perforante plantar.

Comentario final: Con este caso podemos ver la importancia del seguimiento de patologías crónicas como la diabetes por parte de atención primaria para evitar complicaciones secundarias como microangiopatía/neuropatía diabética que pueden derivar en la aparición de úlceras con mala evolución.

Bibliografía

1. Gavan NA, Veresiu IA, Vinik EJ, et al. Delay between Onset of Symptoms and Seeking Physician Intervention Increases Risk of Diabetic Foot Complications: Results of a Cross-Sectional Population-Based Survey. J Diabetes Res. 2016;2016:1567405.

2. Botezatu I, Laptoiu D. Minimally invasive surgery of diabetic foot- review of current techniques. *J Med Life.* 2016;9(3):249-54.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Pie diabético. Neuropatía y microangiopatía diabética.