

CARTA CLÍNICA

Osteomielitis en pie diabético tras paroniquia: un caso clínico en atención primaria



Osteomyelitis in diabetic foot after paronychia: A clinical case in primary care

La osteomielitis en el pie diabético (OPD) representa una de las complicaciones más graves de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), debido a su alta morbilidad y riesgo de amputación. El diagnóstico resulta particularmente complejo en pacientes con neuropatía diabética y enfermedad arterial periférica, debido a su evolución insidiosa, que favorece el retraso diagnóstico¹. Se estima que aproximadamente el 4% de los pacientes con DM2 desarrollan infecciones. La OPD se identifica en el 10-15% de las infecciones moderadas y hasta en el 50% de las graves².

Tradicionalmente, la OPD se ha tratado con cirugía agresiva y antibioterapia intravenosa prolongada. Sin embargo, en la última década ha surgido un cambio hacia un enfoque más conservador en casos seleccionados, que incluye el uso de antibioterapia oral y cirugías preservadoras, dentro de una estrategia multidisciplinaria³. Este cambio otorga un nuevo rol al médico de familia, permitiendo iniciar tratamiento desde atención primaria.

En este contexto, presentamos un caso clínico de interés tanto por su origen inusual –una paroniquia crónica de evolución lenta que progresó hacia una OPD– como por el enfoque conservador y multidisciplinario⁴.

Se trata de un varón de 83 años que acude a consulta por dolor, inflamación periungueal y uña irregular y amarillenta en el primer dedo del pie derecho. Agricultor jubilado, viudo, vive solo, con el apoyo de una sobrina para sus cuidados. Tiene dependencia leve para el vestido (Katz B), autonomía moderada (Barthel 80), fragilidad elevada (FRAIL 4), comorbilidad significativa (Charlson 5), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 0). Entre sus antecedentes destacan: estenosis de canal lumbar, síndrome ansioso-depresivo, hiperplasia benigna de próstata grado II, HTA, DM2 subóptima (HbA_{1c} 8,4%), retinopatía diabética proliferativa, arteriopatía periférica moderada sin estenosis significativa, polineuropatía diabética y enfermedad renal crónica G5 en hemodiálisis. Sin antecedentes familiares relevantes. Fumador activo (4 cigarrillos/día; índice paquete-año: 65). Su tratamiento domiciliario incluye ácido acetilsalicílico,

triflusal, atorvastatina, dutasterida-tamsulosina, escitalopram, furosemida, pregabalina, lorazepam, clonazepam, calcipotriol, linagliptina e insulina glargina.

Inicialmente, se diagnosticó paroniquia aguda secundaria a uña encarnada y onicomicosis en contexto de pie diabético, con queratosis plantar asociada. Se iniciaron lavados con clorhexidina y drenaje local. Debido a factores de riesgo como neuropatía periférica, arteriopatía crónica y hemodiálisis, se optó por antibioterapia sistémica oral de elección con amoxicilina-clavulánico 500/125 mg, ajustada a función renal. También, ciclopirox en barniz ungueal, y derivación a podología para exéresis de las queratosis plantares y matriectomía parcial.

El paciente recibía pregabalina para la neuropatía, con buen control del dolor. La arteriopatía periférica se trataba de forma conservadora, con doble antiagregación y control del riesgo cardiovascular (tensión arterial estable, LDL < 55 mg/dl). Su cuidadora principal había recibido educación sobre el cuidado del pie diabético, y se habían realizado varios intentos de deshabituación tabáquica.

El cuadro evolucionó favorablemente al principio, pero a los 6 meses el podólogo lo remitió por recurrencia y empeoramiento tras manipulación ungueal. Presentaba dolor persistente y dificultad para apoyar el pie derecho.

En la exploración física, el paciente se encontraba en buen estado general, consciente y orientado, con constantes estables (tensión arterial 114/56 mmHg, FC 56 lpm, SatO₂ 95%) y sin alteraciones en la escala qSOFA. En la valoración del pie diabético se evaluó⁵:

- La biomecánica, sin hallazgos relevantes.
- La exploración neurológica: el test del monofilamento mostró hipoestesia (3/4 en el pie derecho y 2/4 en el izquierdo), sin alteraciones motoras.
- La circulación periférica: se apreció eritema y frialdad distal. Los pulsos femorales eran palpables, mientras que el tibial posterior y pedio estaban disminuidos; el índice tobillo-brazo fue de 0,59.

En el primer dedo del pie derecho se observó eritema, fluctuación y secreción seropurulenta en la falange distal, con acortamiento y desarticulación, configurando una braquidactilia adquirida (fig. 1). El signo del estilete resultó negativo.

La sospecha principal era un absceso con afectación profunda, compatible con una OPD, descartándose



Figura 1 Imagen de primer dedo de pie derecho con falange distal afectada por osteomielitis de pie diabético.



Figura 2 Radiografía posteroanterior y oblicua de pie derecho.

clínicamente artritis séptica, celulitis o artropatía microcristalina. Aunque el signo del estilete fue negativo, esto no excluye la infección⁶, por lo que se solicitaron pruebas complementarias. En el análisis de laboratorio destacaron: hemoglobina 10,8 g/dl, VCM 90,6 fL, leucocitos 7.780/mm³ (neutrófilos 5.590/mm³), plaquetas 64.000/mm³, procalcitonina 0,18 ng/ml y PCR 7,77 mg/l. El cultivo de exudado, obtenido antes de iniciar antibioterapia empírica, aisló *Staphylococcus lugdunensis* y *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, uno de los principales patógenos asociados a OPD junto con *Pseudomonas aeruginosa*⁷.

La radiografía del pie derecho mostró erosión y desmineralización ósea en la falange distal, con esclerosis reactiva e involucro, sin signos de afectación articular ni lesiones líticas (fig. 2). También se observaron calcificaciones en la arteria metatarsiana dorsal y aumento de las partes blandas.

Los hallazgos clínicos y radiológicos fueron compatibles con una OPD secundaria a una paroniquia crónica, con infección moderada que afecta estructuras profundas, sin criterios de sepsis y con isquemia leve-moderada. Se clasifica como grado 3 según el sistema PEDIS, recomendado por el International Working Group on the Diabetic Foot para valorar la gravedad de las lesiones en el pie diabético⁸.

En este paciente concurrían varios factores de riesgo: neuropatía, enfermedad arterial periférica, insuficiencia renal, tabaquismo y retinopatía⁹. Para determinar el riesgo de amputación y la necesidad de derivación, se aplica la clasificación Wifl. Se obtuvo un grado 2 debido a una lesión profunda, isquemia moderada e infección extensa sin sepsis, lo que implica un riesgo moderado (10-25%) de amputación a un año⁶.

Los criterios de derivación para valoración hospitalaria son¹⁰:

- Infección moderada acompañada de otro factor de riesgo o sepsis.
- Enfermedad arterial periférica severa (índice tobillo-brazo <0,5).
- Falta de apoyo domiciliario.
- Ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio.

Ante el riesgo de amputación, se derivó urgentemente a cirugía vascular. Debido al alto riesgo quirúrgico, se decidió un manejo conservador con trimetoprima-sulfametoxazol empírico durante 2 semanas por el riesgo elevado de *S. aureus* resistente a meticilina asociado a la hemodiálisis, uso de plantillas, curas locales con povidona yodada, y seguimiento ambulatorio multidisciplinar. Generalmente, el tratamiento antibiótico empírico de la OPD incluye clindamicina 300-450 mg, cefalexina 500 mg o levofloxacino 500 mg. Si hay sospecha de *S. aureus* resistente a meticilina, doxiciclina (100 mg) o trimetoprima-sulfametoxazol (800/160 mg)⁸.

Finalmente, debido al riesgo de recidiva, se derivó a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para un manejo multidisciplinar en prevención de la amputación. Se realizó una RMN del pie derecho, que mostró secuelas de osteomielitis con destrucción parcial de las falanges del primer dedo, junto con fragmento óseo en la base de la falange distal, sin evidencia de infección activa.

La OPD debe sospecharse ante infecciones persistentes o recurrentes refractarias a tratamientos convencionales, especialmente en presencia de factores de riesgo. La detección precoz del pie diabético y sus complicaciones es fundamental en atención primaria. Incluso en lesiones menores como la paroniquia, el seguimiento es crucial, ya que la neuropatía reduce la sensibilidad y favorece los microtraumatismos, y la isquemia compromete la respuesta inmune local y la cicatrización, facilitando la progresión por contigüidad. Precisamente, el cambio de paradigma en el tratamiento de la OPD promueve un enfoque conservador, donde el médico de familia juega un importante papel. Por tanto, un diagnóstico temprano y un enfoque integral y coordinado son necesarios en el manejo de la OPD.

Puntos destacados

- La osteomielitis es una complicación del pie diabético que debe ser considerada ante infecciones persistentes o recurrentes, especialmente en úlceras o abscesos profundos.
- El cribado del pie diabético y la valoración integral deben incluir pruebas de neuropatía y circulación periférica, como el índice tobillo-brazo, lo que es fundamental en atención primaria para identificar complicaciones tempranas.
- Es necesario utilizar la clasificación PEDIS para evaluar la gravedad de la lesión en el pie diabético, mientras que la escala Wifl ayuda a estratificar el riesgo de amputación y a decidir el tratamiento adecuado.

Financiación

La presente publicación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

Se trata de un caso clínico surgido de la práctica clínica habitual. Se realizó una práctica ética conforme al código de la OMS (Declaración de Helsinki) y se obtuvo un consentimiento informado acorde con las guías CARE para la divulgación de casos clínicos. No se incluyen imágenes o datos personales del paciente que puedan facilitar su identificación. Igualmente, se puso en conocimiento del CEIm del Hospital Universitario de Canarias la divulgación del presente caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Fan Z, Liu Y, Xie H, Yang Q, Zhang G, Zhang P, et al. Analysis of risk factors for foot ulcers in diabetes patients with neurovascular complications. *BMC Public Health*. 2025;25:792, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-025-21639-1>.

2. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med*. 2017;376:2367–75, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1615439>.
3. Gachet B, Schechter MC, Armstrong DG, Robineau O, Senneville E. Not all in vein: Oral antibiotics for diabetic foot osteomyelitis: A narrative review. *J Clin Med*. 2025;14:1405, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm14051405>.
4. Aragón-Sánchez J, Viquez-Molina G, Uçkay I, Rojas-Bonilla JM, Lipsky BA. A research-based, current approach to diabetes-related acute foot infections and chronic osteomyelitis. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2025:1–15, <http://dx.doi.org/10.1080/17446651.2025.2474110>.
5. Peters EJG, Lipsky BA. Diagnosis and management of infection in the diabetic foot. *Med Clin North Am*. 2013;97:911–46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2013.04.005>.
6. Carek PJ, Dickerson LM, Sack JL. Diagnosis and management of osteomyelitis. *Am Fam Physician*. 2001;63:2413–20. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2002;65:1751.
7. Guo H, Song Q, Mei S, Xue Z, Li J, Ning T. Distribution of multidrug-resistant bacterial infections in diabetic foot ulcers and risk factors for drug resistance: A retrospective analysis. *PeerJ*. 2023;11:e16162, <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.16162>.
8. Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russell DA, Srisawasdi G, Boyko EJ, Mills JL, et al. Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40:e3648, <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.3648>.
9. Lipsky BA, Aragón-Sánchez 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, <http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.2699>.
10. Nikoloudi M, Eleftheriadou I, Tentolouris A, Kosta OA, Tentolouris N. Diabetic foot infections: Update on management. *Curr Infect Dis Rep*. 2018;20:40, <http://dx.doi.org/10.1007/s11908-018-0645-6>.

F.J. Pérez Hernández^{a,*} y E.M. Morales Molina^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Tacoronte, Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife, Tacoronte, Santa Cruz de Tenerife, España*

^b *Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Tacoronte, Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife, Tacoronte, Santa Cruz de Tenerife, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscoph.mfyctalaguna@gmail.com (F.J. Pérez Hernández).