



Imágenes

Pie diabético complicado con osteomielitis

Diabetic foot complicated with osteomyelitis

Carmen Mateo Pascual*, Francisco Marqués González y Marta Leal Salido

Centro de Salud Fuencarral, Madrid, España



Figura 1. Visión anterosuperior del pie del paciente diabético con lesiones necróticas claramente visibles.

Presentamos el caso de un varón de 61 años con diabetes mellitus (DM) tipo 2 insulínica de 14 años de evolución, que en un control habitual refiere llevar varios meses con lesiones en el pie derecho (fig. 1). Exfumador, obeso, hipertenso y con estenosis carotídea bilateral en tratamiento con clopidogrel.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carmen.mateopascual@gmail.com (C. Mateo Pascual).

En la analítica destaca una HbA1c=6,7% y LDL=83 mg/dL, con microalbuminuria de 52 mg/g y en la exploración se ve disminución de pulsos ilíacos bilaterales. En el servicio de Cirugía Vascular le aíslan *Streptococcus agalactiae* sensible a penicilina y realizan Rx del pie que muestra signos de osteomielitis. El angioTAC confirma la existencia de una oclusión aórtica distal e ilíaca bilateral así como severa de femorales comunes, a la vista de lo cual se decide la amputación del pie tras el fracaso del tratamiento antibiótico.

El pie diabético es una de las complicaciones más graves de la DM y se produce como consecuencia de úlceras asociadas a distintos estadios de neuropatía o enfermedad vascular periférica. La infección del pie diabético más frecuente es la osteomielitis, que aparece en más del 20% de las infecciones moderadas y entre el 50 y 60% de las severas, y que supone alta tasa de amputación.

Los factores de riesgo del pie diabético son el tiempo de evolución y el grado de control de la DM, la hipertensión sistólica, la arteriopatía, la neuropatía y la comorbilidad¹. Aunque el caso presentado es el de un diabético con buen control metabólico, se trata de un paciente obeso y con aterosclerosis carotídea ya establecida además de la obesidad y el tabaquismo pasado.

Es fundamental hacer un buen examen clínico viendo si hay cambios tróficos de la piel, deformidades o úlceras. También debemos explorar la sensibilidad con monofilamento y los reflejos patelares para detectar neuropatía como la neuroartropatía de Charcot. Además, es indispensable valorar el estado circulatorio descartando claudicación intermitente y explorando la posible existencia de soplos, disminución de pulsos y un índice tobillo-brazo menor o igual a 0,9, todo ello sugestivo de enfermedad arterial periférica².

Sin embargo, hasta el 50% de las osteomielitis crónicas no tienen ninguna manifestación clínica³. El diagnóstico de certeza exige una angiografía para valorar el estado vascular y, en el caso de osteomielitis, la RMN es la prueba de elección, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 83%⁴.

El cultivo mediante frotis no es fiable, debe ser un cultivo óseo percutáneo y la mayoría de las veces los patógenos son microorganismos grampositivos.

La evaluación precoz así como la optimización del tratamiento antibiótico permite el manejo de forma conservadora, planteando la cirugía en caso de fracaso del tratamiento médico.

Teniendo en cuenta las estimaciones para el año 2030 de 360 millones de diabéticos en el mundo⁵, la OMS propone intervenciones factibles y costo-efectivas para reducir la carga de esta enfermedad y sus complicaciones, fundamentalmente el control moderado de la DM, la hipertensión arterial y el cuidado de los pies.

Bibliografía

- 1 Zhou ZY, Liu YK, Chen HL, Yang HL, Liu F. HBA1c and lower extremity amputation risk in patients with diabetes: a meta-analysis. *Int J Low Extrem Wounds* 2015;14:168–77.
- 2 Mishra SC, Chhatbar KC, Kashirkar A, Mehndiratta A. Diabetic foot. *BMJ* 2017;359, j5064.
- 3 Krishnan S, Nash F, Baker N, Fowler D, Rayman G. Reduction in diabetic amputations over 11 years in a defined U.K. population. *Diabetes Care* 2008;31:99–101.
- 4 Lázaro-Martínez JL, Tardáguila-Gracia A, García-Klepzig JL. Actualización diagnóstica y terapéutica en el pie diabético complicado con osteomielitis. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2017;64:100–8.
- 5 Lipsky BA, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embi 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.