

Caso clínico I

Úlcera cuneo-escafoidea en un pie de Charcot

Melcior Lladó Vidal

Podólogo especialista en pie diabético. Unidad pie diabético. Hospital de Manacor. Illes Balears.

Varón de 70 años con úlcera de 1 año de evolución en pie derecho, diagnosticado como úlcera secundaria a pie de Charcot. Actualmente el paciente presenta sintomatología inflamatoria local en forma de celulitis de antepié derecho y según relata febrícula por las noches, sin otros síntomas

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

No alergias medicamentosas conocidas.

Factores de riesgo vascular: HTA esencial en tratamiento.

- DM tipo 2 de larga evolución (más de 40 años), con antecedentes de múltiples úlceras en ambos pies.
- Complicaciones microangiopáticas: retinopatía, nefropatía (Estadío IV), artropatía neuropática (Charcot).

Macroangiopáticas: cardiopatía coronaria desde 2007, con enfermedad difusa severa sin clínica de ángor en la actualidad, ictus en 1989 sin secuelas.

- Dislipemia.
- Síndrome prostático (PSA intermitentemente elevado).
- Talasemia menor.
- Artropatía neuropática de Charcot en ambos pies.
- Amputación 3er dedo pie derecho por necrosis.
- Hernia de hiato con esofagitis por reflujo.
- Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, espolón calcáneo, bypass femoro-distal extremidad derecha en 2007, y angioplastia tibial anterior extremidad izquierda en 2011.
- Tratamiento habitual farmacológico: ferrogadumet 1-0-0; lercadipino 10mg 1-0-0; clopidogrel 75mg 1-0-0; seroprostal 80mg 1-0-0; tromalyt 150mg 1-0-0; alopurinol 100mg 1-0-0; pariet 20mg 1-0-0; furosemida 40mg 1-0-1/2; uniket1-0-1; bisoprolol 10mg 1-0-1; ranexa 375mg 1-0-1; atorvastatina 20mg 0-0-1; lyrica 25mg 0-0-1; ibersartan 0-0-1;tamsulosina 0,4mg 0-0-1; calcio D 0-0-1; lorazepam 0-0-1; deprax 100mg 0-0-1; insulina lantus: 34-0-11; insulina rápida según bm-test.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Úlcera en pie derecho de 2'5 x 2'5 cm, borde con hiperqueratosis con ligera necrosis por licuefacción y tejido de granulación en lecho de la úlcera con alta sospecha de osteítis (figura 1).

Pulsos distales palpables con dificultad.

Ausencia de sensibilidades presora, vibratoria y dolorosa.

Test de contacto óseo positivo.

Termometría: 37°C

TA: 170/90.



Fig.1

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Radiografía simple: fracturas por stress 2º y 3º metatarsianos, artrosis metatarsofalángica del primer radio, y amputación tercer dedo, no observándose imágenes concluyentes de osteítis debido a que se trata de un Charcot en fase III (figura 2).

Biopsia ósea: S. Aureus y S. agalactiae

Staphylococcus aureus moderados Streptococcus agalactiae moderados

Sensible:

- Amoxicilin/clav <0.016
- Oxacilina <0.250
- Cefazolina <0.125
- Eritromicina <0.063
- Clindamicina <0.016
- Linezolid <0.016
- Gentamicina <1
- Ciprofloxacino <0.125
- Vancomicina 0.500
- Teicoplanina 2
- Rifampicina <0.016
- Cotrimoxazol <0.031
- Ác fusídico <0.031
- Mupirocina <0.016

Resistente:

- Penicilina >=0.100

Sensible:

- Penicilina <0.016
- Cefuroxima <0.031
- Cefotaxima <0.016
- Eritromicina <0.063
- Clindamicina <0.125
- Linezolid <0.031
- Levofloxacino <1
- Vancomicina <=1
- Rifampicina <0.125
- Cotrimoxazol <0.250

Resistente:

- Tetraciclina >8

Análítica: leucocitos: 6200, hematies: 4.500.000, creatinina: 2,1, Hb: 11,5, PCR: 0,9.



Fig.2

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Se inició tratamiento empírico con amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8 horas hasta conocer el resultado del cultivo, para cambiar a cotrimoxazol 800/160 mg/12 horas hasta completar cuatro semanas de tratamiento.

Se realizó descarga con fieltro de 2 cm, bota postquirúrgica, y tratamiento tópico con Askina Calgitrol / 48 h.

A las 48 horas de iniciar el tratamiento el paciente estaba afebril.

Siguió curas en domicilio a través de su centro de salud y control por la unidad de pie diabético cada semana (figura 3).

La evolución fue satisfactoria, reduciendo el diámetro de la úlcera paulatinamente (figura 4). Por ello, se decidió no cambiar el tratamiento tópico (figura 5).

La úlcera cerró completamente al cabo de 16 semanas (figuras 6).

Seguidamente se realizó una plantilla de descarga con material termoadaptable con descarga tipo ventana con abertura lateral de: Nora Lunasoft® SL de 7mm + revestimiento de XRD® de 4'7 mm + EVA de 1'25 mm.



Fig.3

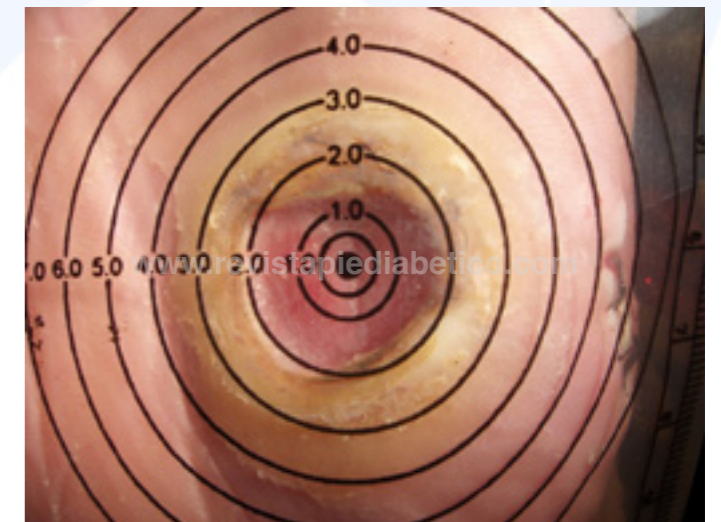


Fig.4



Fig.5



Fig.6