

El Pie de un Diabético

Paciente de 38 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 desde los 14 años e IRC en tratamiento en diálisis, que acude a nuestra unidad en mayo del 2005 por UPP en sacro de III grado (clasificación de la National pressure ulcer advisory panel), (foto 1) y dehiscencia quirúrgica necrosada en pierna izquierda por safenectomía (fotos serie 2) y ya ambas cicatrizadas (fotos serie 3).

El paciente tiene un largo historial clínico debido a su enfermedad metabólica y a la mala aceptación de la misma desde que era joven.

En los informes se hacen varias referencias a este hecho: era fumador, no acudía a las revisiones con el endocrino, no se realizaban controles sistemáticos de los niveles de glucemia, ni llevaba una dieta acorde con su enfermedad. Todos estos hechos favorecieron la aparición precoz de las consecuencias derivadas de la diabetes: vasculopatía de pequeños y de grandes vasos.

Antecedentes clínicos

En el año 1995 se le detecta una tuberculosis. Durante el mismo año, ingresa en el hospital por cetoacidosis diabética, se le diagnostica Microalbuminuria y Retinopatía diabética.

En enero de 1997 ingresa en nefrología por edemas tibiomaleolares y síndrome nefrótico. Junio de 1998 comienza tratamiento sustitutivo (hemodiálisis) por Insuficiencia Renal, que continúa hasta hoy.

En 1999 se le realiza una vitrectomía. En el 2000 se le realiza coronariografía, con diagnóstico de Miocardiopatía dilatada.

En 2002 es rechazado para ser incluido en la lista de espera para trasplante doble riñón-páncreas.

En 2003 Paratiroidectomía.

En 2005 ingresa en cardiología, con diagnóstico de cardiopatía isquémica e hipertensiva, enfermedad de tres vasos (severa ateromatosis cálcica coronaria), valvulopatía mitral y tricúspide, para tratamiento quirúrgico, realizándosele revascularización coronaria (triple bypasses coronarios más plastia mitral y tricúspide). A consecuencia de su ingreso desarrolla una UPP de sacro (foto 1) y dehiscencia quirúrgica necrosada en pierna izquierda por safenectomía (fotos serie 2).

Es en este momento cuando los nefrólogos consultan con nuestra unidad para tratamiento tópico de sus heridas.

Se realizan curas de la UPP con hidrogel y apósito hidrocélular. En la dehiscencia quirúrgica de la safectomía se aplica hidrogel y apósitos de plata, consiguiéndose tanto el desbridamiento de pequeñas zonas con necrosis a lo largo de la cicatriz como la disminución de la colonización bacteriana. Durante este año el paciente se queja de prurito generalizado y sensación de pinchazos en ambas extremidades, a modo de parestesias. Comienzan las complicaciones en los miembros derivadas de la isquemia. Presenta dolor de intensidad moderada en el tercer dedo de la mano izquierda, donde se observan signos de isquemia. Se le aconseja de nuevo deje de fumar para una mejor evolución de su enfermedad de Buerger y patología vascular.

Al mismo tiempo que se consigue epitelizar su UPP y la herida quirúrgica aparecen pequeñas úl-

B. Fomes, V. Muñoz, V. Lucha y F. Palomar.
Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas Hospital General Universitario de Valencia.
Silje Benzen y Trine Thoen.
Alumnas 2º curso de enfermería en Oslo University College.

Correspondencia:
ulceras_hgv@gva.es



Foto 1



Fotos serie 2



Fotos serie 4



Fotos serie 5



Foto 8



Fotos serie 9



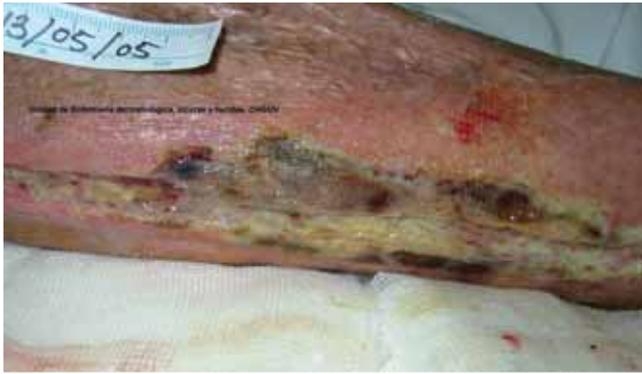
Fotos serie 10



Foto 11

ceras neuroisquémicas en pie derecho, dorso del 2º y 5º dedo y 2º dedo pie izquierdo (fotos serie 4 y 5). Debido a su isquemia crónica no se consigue la cicatrización de la úlcera del 2º dedo pie derecho, incluso en un estadio satisfactorio hacia la cicatrización, presenta en 48 h. una necrosis, exponiendo la articulación interfalángica y presentando aumento del dolor, por lo que se decide amputar (fotos serie 6). A principios del 2006 se le realiza amputación de los dos dedos del pie. Posteriormente es diagnosticado de necrosis en antepié por lo que se le realiza nueva amputación, esta vez transmetatarsiana en un intento de salvar la extremidad (foto 7). Debido a la mala evolución, en julio 2006 se le realiza una amputación infracondílea MID, siendo

reintervenido en septiembre 2006 para amputación supracondílea por necrosis del muñón. El paciente es remitido (febrero 2007) de nuevo a la unidad para tratamiento de la herida quirúrgica en zona de muñón. La herida presentaba placa necrótica en cara superior del muñón y un lecho con tejido de granulación con bordes esfacelados (foto 8) realizando desbridamiento cortante en cada cura; aplicación de fomentos con clorhexidina tras su desbridamiento, cubriéndola luego con hidrogel y apósitos de plata para prevenir la infección, dadas las características del paciente. A pesar de esto, en marzo 2007 el paciente acude a consulta con signos de infección en la



Fotos serie 3



Fotos serie 6

Foto 7



Foto 12

úlceras: dolor, exudado purulento, celulitis y calor en el muñón.

Se realiza una muestra para cultivo por punción/aspiración, se le pauta antibioticoterapia oral. Se desbrida la necrosis (fotos serie 9) para drenar el contenido purulento. Esta infección supuso un importante retraso en la curación de la úlcera, apareciendo nuevas zonas con necrosis.

Se continuaron curas diarias con desbridamiento cortante (fotos serie 10) e hidrogel con apósitos de plata, mechando en zonas cavitadas.

Cuando conseguimos eliminar toda la necrosis y el tejido esfacelado de la herida, añadimos al tratamiento apósitos que favorecieran la cicatrización de la herida, como ácido hialurónico y

polvos de colágeno. Algunas zonas tendían a hipergranular, por lo que las rebajábamos con crema de hidrocortisona (fotos serie 11).

La evolución de esta úlcera fue favorable consiguiéndose su cicatrización en Junio 2007 (fotos serie 12).

En abril 07 es valorado por Psicología y diagnosticado de episodio depresivo, el paciente ha empeorado desde la amputación del miembro y por la incertidumbre en cuanto a su inclusión en lista de espera.

Actualmente, el miembro inferior izquierdo presenta varias pequeñas úlceras debidas a pequeños traumatismos, golpes, roces, etc, que continuamos curando y aunque de modo lento, van evolucionando favorablemente con apósitos de plata e hidrogel.

Bibliografía:

- Cura en ambiente húmedo. www.enfervalencia.org/anedidic/procedimientos
- Tabla recomendaciones tratamiento Pie diabético. www.enfervalencia.org/anedidic/procedimientos