

Tratamiento quirúrgico del pie diabético

L.-A. Dumont, J. Martini, J.-L. Grolleau-Raoux, J.-P. Chavoïn

Las complicaciones de la diabetes mellitus en los pies son frecuentes, complejas y potencialmente graves. En 2003, por ejemplo, constituyeron más del 50% de las amputaciones realizadas en países como Francia. Para mejorar el tratamiento de estos pacientes de algo riesgo, debe correr a cargo de un equipo pluridisciplinario especializado. Los pies de los pacientes diabéticos requieren, ante todo, cuidados locales atentos y rigurosos, así como una prevención eficaz. El cirujano sólo interviene como segunda opción cuando los cuidados locales son ineficaces. Se debe adaptar a las peculiaridades de esta enfermedad relacionadas con la tríada fisiopatológica neuropatía-isquemia-infección, dando prioridad al tratamiento más conservador posible. El objetivo del cirujano consiste en encontrar un equilibrio entre cicatrización rápida y correcta y conservación de una estética equilibrada para evitar la recidiva o el agravamiento; asimismo, en caso de isquemia se deben plantear todas las posibilidades de revascularización de los miembros inferiores, con el fin de aumentar las probabilidades de cicatrización cutánea. Por último, a pesar de las posibilidades limitadas en los pacientes de riesgo, se pueden utilizar todos los procedimientos de cirugía reconstructora en función de la localización y del tamaño de la pérdida de sustancia, sobre todo los colgajos locales y los injertos cutáneos.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Pie; Diabetes; Cirugía reconstructora; Infección; Amputaciones del miembro inferior

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
■ Cirugía del pie diabético	2
Cirugía urgente	2
Cirugía conservadora	2
Cirugía mutilante	3
Cirugía reconstructora	5
■ Conclusión	8

equipo multidisciplinario o una red asistencial. Se trata de un objetivo principal del tratamiento de los diabéticos. En la actualidad, un número demasiado grande de estos pacientes recibe tratamiento sin ningún tipo de colaboración ni proyecto asistencial global. La reducción del número de heridas y de amputaciones en los diabéticos requiere la educación de los pacientes, la prevención de las heridas y una homogeneización de las prácticas medicoquirúrgicas.

Los conceptos de fisiopatología, de anatomía quirúrgica y la actitud práctica frente a un paciente diabético pueden consultarse en la página de internet de EM-consulte (<http://www.em-consulte.com/es/>).



■ Introducción

El pie de los pacientes diabéticos constituye el punto de confluencia de las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, constituidas en gran medida por la tríada neuropatía-isquemia-infección. El riesgo de desarrollar trastornos tróficos, a menudo a partir de traumatismos leves, es elevado y potencialmente grave. La afectación del pie influye en el pronóstico de la enfermedad diabética, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad, sobre todo debido a un riesgo elevado de amputación. El tratamiento de estos pacientes de alto riesgo es complejo y debe llevarlo a cabo un

■ Epidemiología

La diabetes es una enfermedad frecuente. Un estudio sanitario realizado en Francia en 2003 ^[1] atribuía a la diabetes una prevalencia del 3,14%. Se estima que el 15% de los diabéticos tendrá una herida en el pie durante su vida ^[2]. En el ámbito del estudio ENTRED, realizado con pacientes, la prevalencia de las heridas actuales o cicatrizadas se estimó en un 6% ^[3].

El elevado coste de esta enfermedad sigue dependiendo de las hospitalizaciones y de su duración. Por ejemplo, en Francia, en 2003, 35.900 hospitalizaciones

se debieron a una herida en el pie, con un aumento anual estimado en el 8,8% entre 1997 y 2003, que fue más marcado aún para los ingresos en servicios médicos (17%/año). La duración media de la hospitalización fue bastante estable en los 6 años, con 18,1 días en 2003 frente a 19,6 días en 1997.

La diabetes es la primera causa no traumática de amputación del miembro inferior [4]. En todo el mundo, se realiza una amputación en un paciente diabético cada 30 segundos y, en el 70-90% de los casos, la amputación está precedida por una ulceración del pie [5, 6]. En Francia, por ejemplo, según los datos del PMSI de 2003, 15.353 personas sufrieron una amputación, de las que 7.995 eran pacientes diabéticos (52%), es decir, una incidencia de 184/100.000, que corresponde a un riesgo 14 veces superior al de una población no diabética [7]. Algunos datos recientes han mostrado que la incidencia de las amputaciones no ha disminuido en los últimos años [8]. Las amputaciones bajas son más frecuentes y representan el 67% de los casos. La incidencia en varones es el doble, con independencia de la edad. La mortalidad durante la hospitalización aumenta con el nivel de amputación, que va del 3,8% de una amputación de un dedo del pie a un 21% para una a nivel del muslo. El riesgo de fallecimiento en un diabético se multiplica por 2,4 [9] si tiene una úlcera del pie y se cuadruplica si ha sufrido una amputación, respecto a un diabético sin lesiones del pie. La presencia de una afectación renal u oftálmica desempeña un papel agravante. Además, en los 5 años posteriores a la intervención inicial, en cerca del 50% de los casos se requiere otra amputación, con un porcentaje de supervivencia de tan sólo un 58% [10].

■ Cirugía del pie diabético

Cirugía urgente

En el contexto urgente, se recomienda evitar cualquier intervención quirúrgica inicial que llevaría en la mayoría de las ocasiones a una exéresis demasiado amplia, porque es difícil encontrar un límite entre infección y piel sana. Por tanto, el tratamiento quirúrgico urgente debe reservarse a una sepsis grave que comprometa la conservación del miembro o el pronóstico vital del paciente, a un absceso complicado con un síndrome compartimental o con una necrosis o incluso a una dermohipodermatitis bacteriana necrosante. En estos casos, debe ser lo más conservador posible y asociarse siempre a un tratamiento médico completo. Cualquier amputación, incluso menor, debe ser excepcional. En todos los demás casos, las complicaciones infecciosas del pie diabético requieren un tratamiento inicial sólo médico.

Cirugía conservadora

Se plantea como primera elección cuando se constata una ausencia de mejoría a pesar de un tratamiento médico adecuado. Engloba todas las intervenciones que no modifican la arquitectura funcional del pie, como el desbridamiento quirúrgico, la escisión-sutura de una herida crónica, el legrado óseo y la osteoartrectomía, así como las amputaciones del segundo, tercer y cuarto dedo. Sus principios son los siguientes: desbridamiento cutáneo conservador, tratamiento de un foco osteítico con toma sistemática de muestras bacteriológicas y mantenimiento del aspecto exterior y del volumen de todo el pie para permitir el calzado y disminuir las consecuencias psicológicas en los pacientes. En todos los casos, es necesario poner el pie en descarga hasta que se complete la cicatrización.



Figura 1. Resultado de una escisión-sutura de la bóveda plantar.

Desbridamiento/drenaje quirúrgico

El desbridamiento quirúrgico en el quirófano bajo anestesia local o locorregional suele ser necesario cuando la necrosis tisular es excesiva para poder eliminarla mediante la simple detersión mecánica, como prevención de una infección, para el drenaje de un absceso o cuando el hueso está expuesto [11].

Escisión-sutura

Se utiliza en las pequeñas heridas que no siguen una evolución favorable a pesar de utilizar un tratamiento médico adecuado. Este retraso de la cicatrización puede tratarse de forma radical, mediante una escisión bajo anestesia local, en la mayoría de las ocasiones con una resección fusiforme (Fig. 1). Sin embargo, esta técnica sólo se puede plantear si el cierre puede efectuarse sin tensión. Este criterio es determinante para obtener una cicatrización primaria de buena calidad. Si la zona es demasiado amplia, se puede plantear un desbridamiento quirúrgico en primer lugar, seguido de una segunda fase de cobertura. En caso de osteítis demostrada, se puede realizar una resección ósea limitada, pero completa, asociada a una escisión sutura de la herida para facilitar su cicatrización.

Osteoartrectomía

Está indicada en caso de mal perforante plantar sobre una articulación metatarsofalángica infectada como alternativa a la amputación. Sólo puede plantearse ante una infección ósea limitada y en ausencia de necrosis cutánea del dedo afectado. Se lleva a cabo a través de una incisión dorsal longitudinal de alrededor de 3 cm entre los tendones extensores de los dedos. El extensor se reclina y se realiza la resección osteoarticular sin asociar un enclavado con agujas, porque parece inútil y facilita la infección. Esta vía permite el tratamiento de los dos radios vecinos si fuese necesario. Para la resección de tres articulaciones, se puede emplear una vía transversal (Fig. 2). El acortamiento óseo obtenido produce una laxitud cutánea y permite la escisión-sutura del mal perforante plantar asociado en la misma intervención. Este tratamiento simple y barato permite obtener un 88% de curaciones [12-14]. Disminuye las presiones plantares sobre la zona de mal perforante plantar sin un aumento compensador en las cabezas metatarsianas adyacentes. La conservación del dedo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109244>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109244>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)