

P I E D I A B E T I C O

Dr. Gustavo Baquero Aristeguieta *

1. INTRODUCCION:

De las muchas complicaciones que afligen al diabético, ninguna son tan devastadoras como la que afectan al pie.

La insuficiencia vascular y la neuropatía no solamente son causas de dolor y sufrimiento, sino de lesiones que pueden tardar semanas e incluso meses sin curar, y entonces, con suma frecuencia conducen a la infección y a la gangrena, que requieren en último extremo la amputación. Hace algunos años, cuando se requería la amputación, existía la tendencia a la aplicación de un procedimiento más bien extenso, basándose en la filosofía de que los pacientes afectados de enfermedad vascular progresiva requerían eventualmente la intervención quirúrgica, y por consiguiente, el recurso extremo sería hacerle la amputación precoz.

En la actualidad es bastante distinto el enfoque de este problema.

Las técnicas quirúrgicas son de índole conservadora. Se recurre al debridamiento y a las amputaciones mínimas para preservar en la medida de lo posible el pie y procurar respetar la capacidad de deambulación del paciente. Ha sido posible en muchos diabéticos, la conservación de un pie funcional, incluso en los pacientes con grave enfermedad vascular y neurotrófica.

La faceta más importante en el tratamiento del pie diabético es quizás la educación del paciente en el cuidado apropiado de su pie sumamente vulnerable.

2. CLINICA:

El término pie diabético debe utilizarse como simplemente las complicaciones en el pie del diabético; esto responde a un complejo número de factores que afectan a las extremidades inferiores en el paciente diabético que van desde la angiopatía, con enfermedad obstructiva de las arterias de las extremidades inferiores, hasta la oclusión de las arterias pequeñas, arteriolas y enfermedad microvascular, trayendo como consecuencia desde lesiones cutáneas atróficas, gangrenas localizadas, ulceración que lleve a la infección, o gangrenas extensas en las extremidades inferiores.

* Instructor de Cirugía de la Cátedra B de la Escuela Luis Razetti de la U.C.V.
Cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

La neuropatía en los pies del diabético, puede traer una disminución de la perspiración produciendo una piel seca con grietas y fisuras, que la predisponen a la infección o trastornos sensitivos con pérdidas de la sensibilidad produciendo traumatismos indoloros mecánicos, químicos o térmicos, que conlleven a la ulceración y por consiguiente, a la infección, o lesiones óseas por traumatismos continuados, que pueden traer deformaciones en el pie, variando los puntos de presión, lo que puede también hacer, la aparición de ulceraciones que permiten la puerta de entrada de microorganismos.

La neuropatía diabética en la extremidad inferior es, con frecuencia, bilateral y tiende a ser simétrica. La alteración sensitiva se caracteriza por dos complejos sintomáticos principales: uno consta de dolor y parestesias, el otro está representado paradójicamente por una disminución de la sensibilidad al dolor y a la temperatura.

El traumatismo indoloro conduce a tres tipos de lesiones: mecánicas, químicas y térmicas.

El traumatismo mecánico puede ocurrir como consecuencia de una gran variedad de causas.

La clásica úlcera neuropática generalmente plantar, aparece sobre un punto de presión. La úlcera es circular y presenta un aspecto de sacabocados. Es común la infección. Con bastante frecuencia conduce a un área de gangrena localizada. Esta infección puede penetrar profundamente en el pie, con formación de absceso en el plano aponeurótico, o puede alcanzar el hueso produciendo osteomielitis secundaria. Por lo que creemos que es importante la evaluación radiográfica para ayudar al tratamiento de estos pacientes.

La neuropatía en el pie diabético también produce atrofas musculares, concretamente los músculos inter-óseos, produciendo una deformidad característica. Los dedos se mantienen en flexión dorsal a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas, con flexión a nivel de las articulaciones interfalángicas. Se presentan en posición de gatillo a causa de la contracción simultánea de los flexores y extensores, ya que ha desaparecido la fuerza equilibradora normal representada por los músculos inter-óseos. A causa de esta alineación anormal, el impulso del peso del cuerpo se transmite a regiones que no están originalmente destinadas a absorber tales presiones, y al perderse la cubierta adiposa protectora, se produce entonces la ulceración a nivel del punto de presión máxima durante la deambulaci3n. La segunda causa de alteraciones en la configuraci3n del pie, es producida por lesiones en los huesos y articulaciones. Las lesiones óseas se caracterizan por el desarrollo de la articulaci3n de Charcot, por osteolisis del hueso o de ambas causas.

3. PREVENCI3N DE LAS COMPLICACIONES DEL PIE DIABETICO:

1. Limpieza diaria de ambos pies, usando jabones líquidos antisépticos, con hexaclorofeno o con polivinil-pirrolidona.
2. Usar zapatos ajustados de cuero blando y suela de goma.
3. Medias gruesas o dobles. Sin remiendos.

4. Aplicación de ungüentos de lanolina cada noche.
5. Revisarse diariamente los espacios inter-digitales, buscando grietas en las plantas de los pies, callosidades y durezas que puedan progresar a ulceraciones.
6. No usar sustancias químicas o abrasivos para tratar callosidades, éstas deben ser resecaadas por el cirujano o revisadas por el médico.
7. Revisar los zapatos antes de ponérselos para buscar posibles cuerpos extraños dentro de éstos.
8. Evitar andar descalzo.
9. Controlar la temperatura del agua antes de introducir los pies.
10. Las uñas deben ser limadas y/o cortadas longitudinalmente.
11. Ante la aparición de cualquier cambio: infección, úlcera, etc., visitar a su médico

4. PAUTAS PARA LA EVALUACION Y EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL PIE DEL DIABETICO:

1. Establecer el estado de irrigación en cada caso.
2. Hacer radiografías simples de pie, para evidenciar posibles lesiones óseas.
3. Ser lo más conservador posible desde el punto de vista quirúrgico.
4. Drenar ampliamente los abscesos en toda su extensión.
5. Tomar muestras para cultivo y antibiograma de todas las lesiones.
6. Usar antibióticos según la Bacteriología y sensibilidad de las lesiones.
7. Remover todo el material necrótico posible cada vez que se trate primariamente, o en curas sucesivas una lesión en el pie diabético, teniendo siempre presente no resecaar tejidos sanos.
8. Durante las curas sucesivas, hacer limpieza mecánica del fondo de la lesión, utilizando cepillado con jabones antisépticos.
9. Recomendamos el uso de gasas húmedas para secar, Debrisan polvo para mantener el fondo de la úlcera lo más seco posible.
10. Es posible el uso de membranas biológicas, para cubrir el fondo de la úlcera y evitar contaminación.
11. Es requerida una gran dosis de paciencia por parte del médico y del paciente, para poder tratar las complicaciones del pie del diabético, éste último debe permanecer en reposo, con la pierna en alto, durante semanas y hasta meses; es la mejor forma de poder mejorar la circulación, y como consecuencia, la cicatrización y respuestas antibacterianas en estos pies.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CHANDIER, P. T.- Diabetic foot care. Problems and practical suggestions. Postgrad Med., 60 (6):59-63, Detc., 76.
- 2 Diabetic foot ulcers: Editorial: Lancet, (800): 232-3, 29 Jan, 77.
- 3 Diabetic foot: Editorial: Br. Med. J.: 1 (6075):338, 5 Feb., 77.
- 4 JACOBS, R. L. etal.- The team approach in salvage of thi diabetic foot; Surg Annu; 9:231-64, 1977.
- 5 GRALL, L.- Manual de diabetes Joslin: Compañía Editorial Continental, S. A., México, 1980.
- 6 LEVIN, M.; LAWRENCE, W.- El pie diabético: Editorial Jims, Barcelona, 1977.
- 7 ROBSON, M.; EDSTROM, L.- El pie diabético: Metodo conservador para evitar la amputación. Surd. Clin. North Am; 57 (5):1089-1089-1102, Oct. 77.