

Conferencias y Simposios

SEIS VOCES EN 10 MINUTOS

B) Pie diabético

Coordinadora: Dra. Marta Calvagno

Tratamiento quirúrgico conservador en el pie diabético

Dr. Mario Ravaschio

Especialista Ortopedia y Traumatología, Miembro del Equipo de Pie Diabético del Sistema de Malvinas Argentinas, Miembro del Grupo interdisciplinario de Pie Diabético del Hospital J.M. Penna de la ciudad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Es remarcable el avance del tratamiento del pie diabético en estas últimas décadas. Trabajo multidisciplinario donde antes había derivaciones “*ad eternum*”, y amputaciones casi como primera elección.

Antes de comenzar con las amputaciones describiremos cómo la evolución de la patología conduce a cambios anatómicos que alteran la marcha por generación de un pie rígido. Éstos son hipotrofia muscular, debilidad tendinosa, engrosamiento de la fascia plantar y tendón de Aquiles, limitación de la flexo-extensión de la primera articulación metatarso-falángica. Este pie rígido le genera un patrón de marcha al que le llamamos “conservador”. Esto incluye: reducción de la velocidad, longitud de paso menor, mayor amplitud de la base de sustentación (anchura del paso), se alarga el tiempo de doble apoyo y reducción del rango de movilidad del tobillo (afecta la propulsión).

Las técnicas de amputación existen desde los albores de la humanidad. Aún por fuera de la Medicina, ya en los campos de la religión o el derecho. En nuestra disciplina las amputaciones tendieron a fijar niveles para generar mejores resultados en la adaptación posterior al equipamiento protésico.

Los niveles más aceptados en la actualidad en miembros inferiores son: trasfalángica digital (técnica de Dickson), transmetatarsiana, infrapatelar (técnica de Burgess), supracondílea y desarticulación de cadera. Una mención aparte le hago merecer a las amputaciones a nivel de tobillo técnica de Syme, Boyd o Pirogoff, con las que personalmente no tuve buenos resultados en la fase de equipamiento (al igual que otros colegas) pero son realizadas.

La técnica quirúrgica en una patología como el pie diabético debe servir como una guía y tendremos que adaptarla a las diferentes afectaciones, sin cometer el error de querer subir el nivel si es que no se adapta perfectamente la afectación a la técnica descripta. La Medicina, y más aún la cirugía, también es un arte.

Entre las complicaciones, se encuentran: hematoma, infección, necrosis, dehiscencia (frecuente al tratar de ser conservador, no constituye en sí motivo para subir el nivel, cuidarse de la exposición ósea), contracturas, neuroma y dolor en miembro fantasma.

Palabras clave: pie diabético; tratamiento.

Bibliografía

- Sánchez J. Biomecánica de la marcha humana normal. En: Prat J. Biomecánica de la marcha humana normal y patológica. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 1999:31-121.
- Azar F, Canale T, Beaty J. Campbell's Operative Orthopaedics. 4 Vol Set -13th Edition

SIX VOICES IN 10 MINUTES

B) Diabetic foot

Coordinator: Dra. Marta Calvagno

Conservative surgical treatment of the diabetic foot

Dr. Mario Ravaschio

Orthopedic and Traumatology Specialist, Member of the Diabetic Foot Team of the Malvinas Argentinas System, Member of the Interdisciplinary Diabetic Foot Group of the J.M. Penna of the city of Buenos Aires, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

In the last decades, progress in diabetic foot treatment has been remarkable. It is a multidisciplinary teamwork in which “ad eternum” derivations and amputations were almost the first choice.

Prior to mentioning amputations, a description about how the evolution of the pathology leads to anatomical changes causing gait alteration due to rigid flat foot will be provided. These anatomical changes are muscle hypotrophy, tendon weakening, plantar fascia and Achilles tendon thickening and flexion-extension of first metatarsophalangeal joint limitation. Rigid flat foot causes a gait pattern called “conservative”. It includes reduced gait speed, reduced stride length, increased amplitude of the base of support (stride width), increased double support time and reduced ankle mobility (affecting propulsion).

Amputation techniques are ever present since the dawn of humanity. Even outside of the medical field, they exist in the religious or legal field alike. In our discipline, amputations tended to set levels for better results in prosthetics equipment post-adaptation.

Nowadays, the most accepted levels in lower limbs are: transphalangeal, digital (Dickson's technique), transmetatarsal, transtibial (Burguess' technique), transfemoral and hip disarticulation. It is worth noticing separately ankle-level amputations applying Syme, Boyd or Pirogoff techniques. In my experience, I did not attain a good outcome with them in the equipment phase —other colleagues had equal results— but they are nevertheless performed.

Surgical techniques performed in pathologies such as diabetic foot should guide us and we should adapt them to the different affectations, instead of mistakenly wanting to level up in case said affectation does not correctly adapt to the described technique. Medicine —especially surgery— is also a form of art.

Complications: hematoma, infection, necrosis, wound dehiscence (frequent while being traditional but it is not a reason to level up). Be aware of bone exposition, muscle contraction, neuroma and phantom limb pain.

Key words: diabetic foot; treatment.

Bibliography

- Sánchez J. Biomecánica de la marcha humana normal. En: Prat J. Biomecánica de la marcha humana normal y patológica. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 1999:31-121.
- Azar F, Canale T, Beaty J. Campbell's Operative Orthopaedics. 4 Vol Set -13th Edition