

Conferencias y Simposios

SIMPOSIO 20: Pie diabético: ¿Qué hemos aprendido?

Coordinadora: Dra. Mabel Carrió

Ataque agudo de pie diabético

Dr. Rubén Saurral

Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Pablo Nogués, Provincia de Buenos Aires, Argentina

El 20% de las internaciones en las personas con diabetes mellitus (DM) es por pie diabético (1). El término ataque de pie diabético es un concepto de urgencia; es aquella extremidad que sin intervención puede progresar en horas a la amenaza del miembro inferior y amputación, requiere evaluación por guardia urgente en lo posible antes de las 24 h. Una vez realizado el diagnóstico, derivación con rutas y protocolos claros e intervención temprana se resaltan tres presentaciones clínicas.

El ataque de pie diabético infectado es aquel que se presenta con inflamación, necrosis tisular rápidamente progresiva y requiere desbridamiento del tejido necrótico, drenaje de colecciones de los compartimientos anatómicos afectados, tomas de muestras para cultivos, antibióticos empíricos de amplio espectro, seguido de una rápida corrección de la isquemia cuando esté presente.

El ataque de pie diabético isquémico es aquel que se presenta con empeoramiento de la isquemia crítica del miembro inferior, dolor de reposo, gangrena o úlcera y requiere revascularización.

El ataque de pie diabético neuropático, pie de charcot agudo, se manifiesta con el pie caliente, hinchado y requiere descarga, no apoyar y hacer diagnóstico diferencial.

Hay que tener en cuenta que estas presentaciones pueden ser mixtas, por ejemplo, infección más isquemia o charcot infectado (2). También tener presente que los pacientes por el grado de neuropatía pueden no reconocer los síntomas tempranos o manifestar síntomas mínimos. Es importante la organización, el algoritmo de manejos como en el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular. Los conceptos de hora dorada en combinación con las estrategias de intervención y las unidades especializadas lograron disminuir la mortalidad, así las altas tasas de amputación sugieren un enfoque similar para disminuir las tasas de amputación a través de la organización de la atención médica urgente.

Palabras clave: pie diabético; clasificación.

Bibliografía

1. Carro GV, Saurral R, Sagüez FS, Witman E. Pie diabético en pacientes internados en hospitales de Latinoamérica. Diabetic foot among hospitalized patients in Latin America. Medicina (B Aires) 2018;78(4):243-251.
2. Vas PRJ, Edmonds M, Kavarthapu V, et al. The Diabetic Foot Attack: "'Tis Too Late to Retreat!". Int J Low Extrem Wounds. 2018;17(1):7-13. doi:10.1177/1534734618755582.

SYMPOSIUM 20: Diabetic foot: What have we learned?

Coordinator: Dra. Mabel Carrió

Diabetic foot attack

Dr. Rubén Saurral

Municipal Hospital of Trauma and Emergencies Dr. Federico Abete, Pablo Nogués, Province of Buenos Aires, Argentina

Diabetic foot is the reason for admission for 20% of patients with diabetes mellitus (1). The term "Diabetic Foot Attack" involves urgency: if the extremity receives no intervention, in a matter of hours, it can progress and become a threat for the lower limb, which may require amputation. Hence, this condition requires urgent on-call assessment, if possible, within 24 hours. Once established a diagnosis, referrals and their paths, clear protocols, and early intervention, 3 clinical presentations stand out.

The diabetic foot attack is that which shows inflammation and tissue necrosis and progresses rapidly. It requires necrotic tissue debridement, drainage of collections in the affected anatomical compartments, samplings for cultures, empiric broad-spectrum antibiotics followed by a rapid correction of ischemia when present.

The ischemic diabetic foot attack is that which shows worsening of the critical lower-limb ischemia, rest pain, gangrene or ulcer. It requires revascularization.

The neuropathic diabetic foot attack (acute Charcot foot) presents itself as a hot, swollen foot. It requires offloading, weight removal and differential diagnosis. Bear in mind that these manifestations might be mixed, e. g.: infection plus ischemia or infected Charcot. (2) Bear in mind that patients —due to the degree of neuropathy— might not recognize the early symptoms or display minimal symptoms. It is important to regard organization, the management algorithm —as in an acute myocardial infarction or a stroke—, and the concepts of golden hour in combination with intervention strategies and specialized units, which have been able to reduce mortality and the high amputation rates. A similar approach is suggested to lower the amputation rates: through organization and urgent medical attention.

Key words: diabetic foot; classification.

Bibliography

1. Carro GV, Saurral R, Sagüez FS, Witman E. Pie diabético en pacientes internados en hospitales de Latinoamérica. Diabetic foot among hospitalized patients in Latin America. Medicina (B Aires) 2018;78(4):243-251.
2. Vas PRJ, Edmonds M, Kavarthapu V, et al. The Diabetic Foot Attack: "'Tis Too Late to Retreat!". Int J Low Extrem Wounds. 2018;17(1):7-13. doi:10.1177/1534734618755582.