

Conferencias y Simposios

SIMPOSIO 5: Pie diabético

Coordinadora: Dra. Gabriela Carro

Dra. Marcia Querci

Especialista Universitaria en Infectología, Staff de la sección Infectología de CEMIC, Centro Stamboulian (Buenos Aires), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Las infecciones del pie diabético (IPD) se asocian con diferentes morbilidades, requieren visitas médicas frecuentes, cuidado diario de las heridas, terapia antimicrobiana, cirugía u otros procedimientos, con altos costos de atención médica. Los factores predisponentes son: neuropatía, vasculopatía, inmunopatía y biomecánica del pie.

Alrededor del 20% de las IPD leves y hasta el 60% de los casos graves se asocian con compromiso óseo. El *International Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF) desarrolló un sistema para clasificar las heridas en el pie diabético usando el acrónimo PEDIS: perfusión, extensión, profundidad, infección y sensación (neuropatía) para evaluar la severidad de la infección.

Las osteomielitis del pie diabético (OMPD) son difíciles de tratar y se asocian con mayor riesgo de infecciones recurrentes, hospitalización y amputaciones. Esta última implica un riesgo elevado de mortalidad, 6% en el período perioperatorio y hasta un 50% a los 3 años. La amputación es unas 20 veces más frecuente en las personas con diabetes mellitus (DM) que en la población general y en la mayoría de los casos está precedida por una ulceración.

Debe sospecharse osteomielitis cuando una úlcera no cicatriza a pesar del tratamiento correcto y sin isquemia (úlceras mayores de 2 cm de diámetro y profundas >3 mm). La radiografía simple del pie es la herramienta diagnóstica de primera línea cuando se sospecha OMPD, pero tiene un bajo valor predictivo negativo ya que se tarda aproximadamente de 2 a 4 semanas para que la pérdida ósea sea visible. Se requiere confirmación microbiológica y anatomía patológica.

La microbiología de la OMPD suele ser polimicrobiana y el germen más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.

El tratamiento puede ser solo médico o médico-quirúrgico según el tipo de presentación clínica, isquemia y compromiso de la piel y de las partes blandas. El manejo por equipos multidisciplinarios mejora los resultados de estos pacientes.

Bibliografía

1. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters E, Armstrong DG, et al. Infectious diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis* 2012;54(12):e132-73. doi: 10.1093/cid/cis346
2. Rubio JA, Jiménez S, Lázaro-Martínez JL. Mortality in patients with diabetic foot ulcers: causes, risk factors, and their association with evolution and severity of ulcer. *J Clin Med* 2020 Sep 18;9(9):3009.
3. Lipsky BA, Senneville É, Abbas ZG, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embil JM, et al. IWGDF Guideline on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes 2019. Disponible en: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/05-IWGDF-infection-guideline-2019.pdf>.

Palabras clave: pie diabético.

SYMPOSIUM 5: Diabetic foot

Coordinator: Dr. Gabriela Carro

Infection management

Dr. Marcia Querci

University Specialist in Infectious Diseases, Staff of the Infectious Diseases Section of CEMIC, Stambouliau Center (Buenos Aires), Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Diabetic foot infections (DFIs) are associated with different morbidities, requiring frequent medical visits, daily wound care, antimicrobial therapy, surgery or other procedures, with high health care costs. The predisposing factors are: neuropathy, vasculopathy, immunopathies and biomechanics of the foot.

About 20% of mild IPDs and up to 60% of severe cases are associated with bone involvement. The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) developed a system to classify diabetic foot wounds using the acronym PEDIS: perfusion, extent, depth, infection, and sensation (neuropathy) to assess the severity of infection.

Diabetic foot osteomyelitis (DMO) is difficult to treat and is associated with an increased risk of recurrent infections, hospitalization, and amputations. The latter implies a high risk of mortality, 6% in the perioperative period and up to 50% at 3 years. Amputation is about 20 times more common in people with diabetes mellitus (DM) than in the general population, and in most cases it is preceded by ulceration.

Osteomyelitis should be suspected when an ulcer does not heal despite correct treatment and without ischemia (ulcer greater than 2 cm in diameter and deep -3 mm-). Plain radiography of the foot is the first-line diagnostic tool when DMO is suspected, but it has a low negative predictive value as it takes approximately 2-4 weeks for bone loss to become visible. Microbiological confirmation and pathological anatomy is required. The microbiology of DPI is usually polymicrobial and the most frequently isolated germ is methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

The treatment can be only medical or medical-surgical depending on the type of clinical presentation, ischemia and compromise of the skin and soft tissues. Management by multidisciplinary teams improves the results of these patients.

Key words: diabetic foot.