

## **Conferencias y Simposios**

### **SIMPOSIO 17: Pie diabético**

Coordinadora: Dra. Raquel Urdaneta

#### **Ataque de pie diabético: la mirada en el departamento de emergencias**

Dr. Rubén Saurral

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

El ataque de pie diabético tiene una presentación aguda y grave que representa una amenaza para la conservación del miembro afectado, e incluso para la vida del paciente, por lo que requiere de una intervención urgente: “tiempo es tejido”.

Realizado el diagnóstico, se efectúa una derivación con rutas y protocolos claros e intervención temprana. Posee tres situaciones clínicas: el ataque de pie diabético isquémico, que se presenta con empeoramiento de la isquemia crítica de miembros inferiores; el dolor en reposo; y la gangrena o úlcera, que requiere revascularización.

El ataque agudo del pie diabético neuropático de Charcot se manifiesta con pie caliente e hinchado, que requiere de una descarga y diagnóstico diferencial. La típica presentación es el ataque de pie diabético infectado, donde el pie se presenta con una infección grave y una rápida progresión de necrosis que habitualmente requiere internación.

Los procedimientos de emergencia se realizan predominantemente para limitar la progresión de la infección aguda, que amenaza las extremidades, e implican la resección o desbridamiento de tejido no viable de aspecto isquémico y/onecrótico.

Los tendones expuestos también pueden eliminarse para reducir la propagación de la infección, drenar abscesos de los compartimentos anatómicos afectados, realizar una amputación parcial del pie, o tomar muestras para cultivos proporcionando antibióticos empíricos de amplio espectro.

Hay que tener en cuenta que estas presentaciones del ataque de pie diabético pueden ser mixtas y con poca manifestación sistémica, y deben acompañarse de un manejo metabólico sistémico apropiado como parte de un equipo integrado y multidisciplinario, de tal manera que pueden conducir a una reducción de las amputaciones innecesarias de las extremidades inferiores.

#### **Bibliografía**

- Carro GV, Saurral R, Witman E. Diabetic foot attack. Pathophysiological description, clinical presentation, treatment and outcomes. *Medicina* 2020;80(5):523-530.
- Fisher TK, Scimeca CL, Bharara A. Step-wise approach for surgical management of diabetic foot infections. *Journal of Vascular Surgery* 2010;52(3 Suppl):72S-75S.
- Ahluwalia R, Vainieri E, Tam J. Surgical diabetic foot debridement: improving training and practice utilizing the traffic light principle. *The International Journal of Lower Extremity Wounds* 2019;18(3):279-286.
- Carro GV, Saurral R, Salvador Sagüez F, Witman E. Diabetic foot infections: bacterial isolates from the centers and hospitals of Latin American countries. *The International Journal of Lower Extremity Wounds* 2020. doi: 10.1177/1534734620976305.

Palabras clave: pie diabético.

## **SYMPOSIUM 17: Diabetic foot**

Coordinator: Dr. Raquel Urdaneta

### **Diabetic foot attack: the look in the emergency department**

Dr. Rubén Saurral

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

Diabetic foot attack has an acute and serious presentation that represents a threat to the conservation of the affected limb, and even to the life of the patient, for which an urgent intervention is required: "time is tissue".

Once the diagnosis is made, a referral is made with clear routes and protocols and early intervention. It presents three clinical situations: ischemic diabetic foot attack, which presents with worsening of critical ischemia of the lower limbs; rest pain; and gangrene or ulcer, which requires revascularization.

The acute attack of Charcot's neuropathic diabetic foot manifests with a hot and swollen foot, which requires discharge and differential diagnosis. The typical presentation is infected diabetic foot attack, where the foot presents with severe infection and rapidly progressing necrosis, usually requiring hospitalization.

Emergency procedures are performed predominantly to limit the progression of acute, limb-threatening infection and involve resection or debridement of nonviable tissue that is ischemic and/or necrotic in appearance.

Exposed tendons can also be removed to reduce the spread of infection, drain abscesses from affected anatomic compartments, perform partial foot amputation, or sample for culture by providing empiric broad-spectrum antibiotics.

It must be taken into account that these presentations of diabetic foot attack can be mixed and with little systemic manifestation, and must be accompanied by appropriate systemic metabolic management as part of an integrated and multidisciplinary team, in such a way that they can lead to a reduction in unnecessary lower extremity amputations.

Key words: diabetic foot.