

En la Práctica, Reporte de Caso (3/2005)

Flemón de extremidad inferior en EAO con gangrena (Grado IV Fontaine)



Diagnóstico

- EAO grado IV en el pie derecho con oclusión de la arteria femoral, superficial.
- Estado postoperatorio por bypass en arteria femoral diez semanas antes.
- Estado post-amputación transmetatarsal del primer tarso.
- Diabetes mellitus tipo II, insulino dependiente.

Historia al ser admitido:

Diez semanas antes, se implantó un bypass fémoro-poplíteo compuesto derecho, debido a una EAO grado IV. El periodo postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

El primer tarso con necrosis fue amputado y un tratamiento de herida abierta se llevó a cabo.

Hallazgos al momento de admisión y tratamiento:

En esta nueva admisión, se encontró que el paciente tenía un flemón en el pie derecho. Se llevó a cabo un desbridamiento quirúrgico bajo anestesia y se inició una terapia sistémica con antibióticos. Se continuó con la necrosectomía hasta que el tejido, con algún grado de perfusión sanguínea, pudo ser observado. El tratamiento de herida abierta se llevó a cabo con un apósito con propiedades de adhesión bacteriana (Cutisorb® Sorbact®) y una solución antiséptica (Octenisept®). Debido a la abundante exudación y condiciones de infección de la herida, se requirió cambio de apósito cada 12 a 14 horas durante los primeros diez días y de allí en adelante, al menos una vez al día. Áreas con nuevo tejido necrótico fueron desbridadas en forma repetida. Con este manejo, la condición de la herida mejoró considerablemente después de dos semanas, permitiendo un tratamiento ambulatorio. Los tratamientos de herida, inicialmente diarios y posteriormente cada dos días, fueron llevados a cabo en nuestra clínica de cirugía vascular para pacientes ambulatorios. A los tres meses, el paciente pasó a un cuidado médico primario.



Figura 1
Estado al momento de admisión. El pie está edematoso y tiene una coloración azulosa desde el pie anterior, extendiéndose hasta el tobillo. Al aplicar presión sobre la herida de la amputación del primer tarso, la cual aún se encuentra abierta, hay supuración de pus.



Figuras 2 + 2
Estado de la herida en el 8 día postoperatorio. Aún se está formando tejido necrótico y continuamente es removido con cada cambio de apósito. Una generosa irrigación antiséptica, es seguida con la aplicación del apósito Cutisorb® Sorbact®.



Figura 4
Hay una marcada reducción del tamaño de la herida después de siete semanas. El apósito ahora se cambia con intervalos de dos días.



Figuras 3 + 3a
Después de cuatro semanas, el edema y eritema se han reducido. El lecho de la herida tiene una gruesa capa de escara fibrinógena con necrosis. La parte superior de la herida está casi cerrada. Ahora se cambia a un tratamiento hidratante para la herida, con un apósito hidroactivo.



Figura 5
Posterior a las 12 semanas, la herida está libre de infección. La herida se ha cerrado, a excepción de 5 x 0.7 cm. En esta etapa, el paciente puede soportar una carga de 50 kg sobre su pierna.



Figura 6

El paciente se presenta de nuevo, después de dos meses (tiempo total de tratamiento, ahora está en cinco meses). Desafortunadamente, sólo hay un muy leve progreso en la cicatrización, desde que el tratamiento fue cambiado de un tratamiento hidratante para la herida, a compresas de gasa con colagenasa.



Figura 7

Evaluación del paciente después de otras seis semanas (tiempo total de tratamiento, seis meses y medio). Aún no se ha logrado el cierre de la herida. Recomendamos tratamiento con apósitos hidroactivos hasta que la herida se cierre.

Author:

Bernd von Hallern
Elbe Kliniken Stade-Buxtehude gGmbH
Klinikum Stade
Bremervörder Str. 11

D - 21682 Stade
Germany

70550-00279-00