

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES POS-COVID-19

GABRIELA V. CARRO, ANDRÉS DINI, GRECIA B. DE LOS RIOS ESPADA, GUSTAVO TAMASHIRO, MARÍA DE LOS ÁNGELES LLANOS, DIEGO E. CLAROS FUENTES

Los individuos con COVID-19 tienen mayor riesgo de enfermedad trombótica. En los pacientes que padecen DM, existe un estado metabólico que favorece la aterosclerosis secundaria a alteraciones en las estructuras celulares de los vasos, cambios reológicos y variaciones hemostáticas que modifican el equilibrio entre la fibrinólisis y la trombosis. Se presentan tres pacientes con una manifestación atípica de PD grave, con isquemia e infección con rápida y tórpida evolución y que comparten el antecedente de haber tenido COVID-19 durante los 3 meses previos.

CASO 1: Hombre 52 años. Neumonía grave COVID-19

30 días antes. Cuadro de 72 hs de evolución de fiebre, evolución tórpida con necrosis progresiva que omprometía todo el pie y parte anterior de la pierna izq. Requirió amputación infrapatelar

CASO 2: Mujer de 62 años. Infección leve por COVID-19 30 días antes. Necrosis extensa, flogosis, flictenas. Requirió amputación infrapatelar

CASO 3: Hombre, 50 años. Neumonía grave COVID-19 60 días antes. Lesión maleolar con extensión a dorso, necrosis extensa, flictenas, cianosis. Requirió amputación infrapatelar

	Hto (%)	Bcos (mm³)	Plaq	PCR	Glu	Cr	RIN
Caso 1	26	17000	155000	17.2 mg/dl	320 mg/dl	3.3 mg/dl	1.3
Caso 2	27.3	12700	506000		237 mg/dl	1.4 mg/dl	1.4
Caso 3	37.4	16300	488000		120 mg/dl	0.6 mg/dl	1.2

A. Caso 1. Se observa edema, flictenas, tejido desvitalizado, exudado abundante, compromiso de todo el pie hasta la pierna, tejido friable húmedo. B. Caso 2: Zonas de necrosis extensas con compromiso de todo el pie, cianosis distal. En cara interna necrosis y tejido esfacelado profundo, exudado abundante, edema C. Caso 3: Edema que compromete todo el miembro, con cianosis distal, escara necrótica anterior que compromete dorso de pie y pierna, flictenas

Esta serie de casos incluye 3 pacientes con DM que se internaron por infección e isquemia del miembro inferior con una presentación poco habitual, grave y rápidamente evolutiva y con el antecedente de haber padecido COVID-19 dentro de los 3 meses previos. En el caso de infecciones moderadas a graves o ataque de pie diabético infectado, en general el paciente se presenta con una infección que tiende a estar localizada en algún compartimiento del pie o extendida a nivel local siguiendo las vainas tendinosas o en dirección a zonas de menor presión, formando colecciones. En el caso de estos 3 pacientes, se observó un pie totalmente comprometido, sin delimitación de compartimientos ni colecciones que pudieran ser drenadas, necrosis extensa, tejido desvilatizado con extensión hacia la pierna, completamente edematizado y con zonas de flictenas. Se observó además una evolución rápida y tórpida, acompañada de síntomas sistémicos y sepsis, cuando es frecuente que estos pacientes cursen la infección en PD con síntomas solapados. En relación a la enfermedad arterial periférica, cuando se interna un paciente que posee una isquemia crónica con amenaza de miembro, en general se observan zonas de necrosis delimitadas, distales a nivel de los dedos o laterales, piel delgada, sin pelos, brillante, con hiperemia reactiva y evolución de distal a proximal. En estos pacientes, en cambio, las zonas de necrosis eran extensas y con amplia pérdida de tejido. Tampoco es frecuente que este tipo de isquemia grave y rápidamente evolutiva se presente en pacientes tan jóvenes como eran dos de ellos (50 y 52 años). Si la isquemia crónica está complicada con infección, ésta suele ser localizada en algún dedo o limitada a algún compartimiento, pero no suele presentarse con un compromiso tan extenso como el observado en estos pacientes.

Discusión

Esta presentación atípica se interpreta como secundaria la combinación de factores inherentes a la condición de diabetes (isquemia crónica) agravada por el estado pro-trombótico secundario al COVID-19, lo que pudo haber determinado una evolución atípica, tórpida y rápidamente evolutiva que finalmente requirió la amputación mayor del miembro comprometido.



Fig. 2.— A Caso 1: Fotogramas superpuestos de arteriograma poplíteo e infrapoplíteo (frente y perfil). Se observa arteria poplíteo con lesión moderada, arteria tibial anterior con oclusión total proximal y escasos ramos colaterales al lecho distal, arteria tibial posterior con oclusión total proximal y escasa colateralización al lecho distal y arteria peronea con lesión grave distal. B Caso 2: Fotogramas superpuestos de arteriograma de miembro inferior derecho (frente y perfil). Se observa arteria femoral superficial permeable con irregularidades no significativas, arteria poplíteo con oclusión total en segmento P3, recanalización de arteria tibial anterior en tercio proximal, de arteria tibial posterior hasta tercio distal y arteria peronea en casi toda su extensión; muy escasa colateralización al pie solo por vasos secundarios. C. Caso 3: Fotogramas superpuestos de arteriograma con técnica de substracción digital de miembro inferior izquierdo (frente). Se observa arteria femoral superficial con lesión oclusiva con imagen compatible con disección, arteria poplíteo con oclusión total en segmento P2 y escasa colateralización a vasos infrapoplíteos

