

Úlcera del pie diabético

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Una úlcera en el pie diabético suele aparecer donde el zapato o el calcetín ejercen fricción, a menudo debajo de la parte anterior del pie, en un dedo doblado o en el lateral de una protuberancia ósea. Dado que la diabetes puede disminuir la sensibilidad en los pies, el primer signo a menudo no es el dolor en absoluto. Puede tratarse de una ampolla, una grieta entre los dedos, un callo que se vuelve oscuro o líquido en el calcetín. Cuando aparece el dolor, suele localizarse debajo de la úlcera; empeora al estar de pie o caminar, y disminuye al descansar.

Varios factores actúan conjuntamente para provocar esto. El daño nervioso puede hacer que los dedos se curven hacia abajo como garras y tensar el tendón situado en la parte posterior del tobillo, lo que desplaza presión adicional a la parte anterior del pie. La piel seca y agrietada, producto de la disminución de la sudoración, permite la entrada de bacterias. El estrechamiento de los vasos sanguíneos por debajo de la rodilla reduce el flujo sanguíneo hacia la herida, impidiendo su cicatrización. Estos problemas son más frecuentes si padece diabetes desde hace más de una década o si su nivel de azúcar en sangre ha sido difícil de controlar.

Los cambios en la vida cotidiana son sutiles: quizás cada mañana revise su calcetín en busca de líquido, o elija zapatos planos y espaciosos, ya que cualquier calzado ajustado irrita la zona afectada. Pasear al perro, permanecer de pie junto a la estufa o ir de compras se convierten en actividades que debe planificar con cuidado. Algunas personas notan hinchazón, calor y enrojecimiento en el pie, el cual puede ir cambiando de forma gradual. Si se produce una infección, es posible que sienta fiebre o temblores, y el control del azúcar en sangre se vuelve más complicado. En ocasiones, una infección profunda es el primer indicio de que alguien padece diabetes.

Si las articulaciones del medio del pie se deterioran, se produce una afección llamada artropatía de Charcot; el pie se vuelve rojo, caliente e hinchado, y puede parecer infectado aunque no lo esté. En hasta el 50% de los casos hay dolor, por lo que un pie sin dolor pero caliente e hinchado también requiere evaluación.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Una úlcera en el pie no es simplemente una zona dolorida. Es el resultado de varios cambios graduales que la diabetes provoca en los pies; comprenderlos ayuda a explicar por qué la úlcera aparece precisamente en ese lugar.

El primer cambio se produce en los nervios. Con el tiempo, el nivel elevado de glucosa en sangre daña los nervios que transmiten las sensaciones desde los pies al cerebro. Imaginemos el cableado de una casa: si el timbre de alarma se desconecta, nunca lo oiremos sonar. Cuando los nervios de los pies dejan de enviar señales, la persona no percibe la presencia de una piedra dentro del zapato, la formación de una ampolla o el roce constante de un callo. Esta pérdida de sensibilidad se denomina pérdida de sensación protectora y es la causa más frecuente del inicio de estas úlceras. También pueden verse afectados los nervios que regulan la sudoración; por ello, la piel se seca y agrieta, facilitando la entrada de bacterias.

El segundo cambio afecta a la forma y la mecánica del pie. Los músculos pequeños del interior del pie se debilitan, mientras que los músculos más fuertes de la parte externa siguen ejerciendo tracción. El resultado es que los dedos se curvan hacia abajo como garras y el tendón situado en la parte posterior del tobillo se tensa. Esto desplaza el peso corporal hacia la parte anterior del pie, de modo que esa zona soporta una presión constante al estar de pie. La presión bajo el pie puede alcanzar los 400 kPa; al no existir la señal de alarma que es el dolor, dicha presión nunca disminuye. Con el tiempo, la piel cede bajo esa carga y se produce la úlcera.

El tercer cambio tiene que ver con la circulación sanguínea y las defensas del organismo. La diabetes estrecha los vasos sanguíneos de tamaño medio por debajo de la rodilla, por lo que menos sangre llega a la zona de la herida. La sangre aporta el oxígeno y los elementos necesarios para la cicatrización; por eso, cuando la circulación es deficiente, la curación se ralentiza o se detiene. Además, el nivel elevado de glucosa debilita el sistema inmunitario y puede atenuar los signos habituales de infección, como enrojecimiento, calor y supuración. Por este motivo, una úlcera infectada puede parecer aparentemente tranquila en la superficie, mientras que la infección avanza en profundidad.

Ninguno de estos cambios puede revertirse por completo una vez que se han producido. Lo que sí se puede hacer es aliviar la presión sobre la úlcera, mejorar la circulación en la medida de lo posible, tratar la infección y proteger el resto del pie para evitar que ocurra lo mismo.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano ortopédico en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su pie y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. Dado que se trata de un problema de larga duración, normalmente iniciamos con tratamientos no quirúrgicos y consideramos la cirugía solo cuando estos no logran la mejora esperada.

El primer paso consiste en reducir la presión sobre la úlcera para que pueda cerrarse. Esto se denomina “descarga de presión”, y consiste en distribuir el peso corporal sobre una zona más amplia del pie. Entre las opciones se incluyen zapatos especiales para la cicatrización, plantillas personalizadas o un yeso de contacto total, un molde ajustado que protege el pie mientras el paciente camina. El yeso se cambia cada 2 a 4 semanas hasta que desaparecen el enrojecimiento y la hinchazón, y la temperatura del pie se iguala a la del otro pie. Una férula ortopédica para caminar es una alternativa más fácil de quitar, aunque si la forma del pie ha cambiado considerablemente puede resultar difícil de usar. Los apósitos mantienen la herida húmeda, absorben los líquidos y previenen infecciones. Además, enseñamos a realizar controles diarios del pie, el cuidado seguro de uñas y callos, y cómo elegir calzado que no cause fricción. Los zapatos terapéuticos con plantillas acolchadas protegen los pies una vez que la úlcera ha sanado. El cuidado brindado por un equipo que puede incluir a su médico de cabecera, un educador en diabetes, un podólogo y un especialista vascular es fundamental: este tipo de programas de cuidado del pie, combinados con la educación del paciente, pueden reducir las tasas de amputación de extremidades inferiores entre un 45% y un 60%. Algunas heridas también responden a tratamientos adicionales, como la terapia con ondas de choque combinada con el tratamiento estándar; este enfoque logró el cierre total de la herida en el 53,33% de los casos, frente al 33,33% cuando se aplicó solo el tratamiento estándar, con un tiempo de cicatrización de 60,8 días frente a 82,2 días.

Si la infección ha alcanzado el hueso, una afección conocida como osteomielitis, o si se ha formado un absceso, la cirugía pasa a formar parte del plan terapéutico. Por lo general, esto comienza con la limpieza del tejido infectado, llamada desbridamiento, y con antibióticos adaptados a las bacterias detectadas. En ocasiones es necesario recortar hueso que ejerza presión sobre la herida, alargar un tendón tenso en la parte posterior del tobillo o enderezar un dedo del pie retorcido. En casos de heridas graves, se puede emplear un sistema de distensión cutánea o terapia de presión negativa, que utiliza una succión suave para favorecer el cierre de la herida. Cuando el pie se vuelve inestable o no puede mantenerse estable con férulas, la cirugía permite realinear y fusionar las articulaciones para obtener un pie estable y apto para la marcha. En algunos casos, resulta necesaria la amputación de parte del pie; en esas situaciones, lo discutimos detalladamente con usted.

Qué esperar

Una úlcera del pie diabético puede cicatrizar, pero rara vez lo hace rápidamente y casi nunca por sí sola. La cicatrización depende de cinco factores: un nivel de azúcar en sangre controlado, la eliminación de la presión sobre la herida, un adecuado flujo sanguíneo al pie, la ausencia de infección y una buena nutrición. Si falta cualquiera de estos elementos, la úlcera tiende a permanecer igual o a reaparecer en lugar de cerrarse.

Con tratamiento, el proceso suele durar semanas o meses, no días. En cada cambio de vendaje o yeso se examina y limpia la herida; además, se realizan radiografías cada 4 a 6 semanas para vigilar el estado de los huesos. Estos plazos le dan una idea del ritmo de curación, incluso con un tratamiento activo.

Es justo explicar qué ocurre si no se trata la úlcera. La infección puede extenderse al hueso, y las úlceras del pie diabético son responsables de aproximadamente el 85% de las amputaciones de extremidades inferiores en personas con diabetes. Si finalmente es necesario amputar parte del pie, el pronóstico varía: tras un tipo específico de amputación del mediopié, el 94% de los pacientes presentaron complicaciones en la herida y solo el 44% logró caminar con prótesis. Tras una amputación por debajo de la rodilla, un tercio de los pacientes no

sobrevive los dos primeros años; además, alrededor del 30% de los amputados pierde la otra pierna en un plazo de 3 años. Estas cifras explican por qué su equipo médico insiste tanto en la descompresión, la circulación y el control de infecciones antes de que la situación empeore.

Una vez que la úlcera se cierra, el trabajo no ha terminado. El mismo lugar puede volver a dañarse, por lo que el uso de calzado terapéutico con plantillas acolchadas y controles regulares del pie pasan a ser parte de su rutina. Algunas personas recuperan por completo su capacidad de caminar tras tratar úlceras rebeldes; la mayoría de los procedimientos de transferencia de dedos no alteran significativamente el funcionamiento del pie, y el 86% de los pacientes se recuperan totalmente en un plazo de 6 meses. En resumen: la herida se cierra con cuidados constantes, pero a partir de entonces deberá proteger sus pies de por vida para mantenerlos cerrados.

Cuándo consultar a un profesional

Acuda a su médico de cabecera si nota cualquier ruptura en la piel del pie que no se cierra en unos pocos días, una ampolla, grieta o callo que parece más oscuro o que segrega líquido, o una zona que se sigue frotando siempre en el mismo lugar. Solicite una evaluación especializada si no siente en absoluto la zona afectada, si la herida es más profunda que la piel, o si se observa hueso o tendón en ella. Diríjase a urgencias si tiene fiebre, escalofríos o temblores; si el enrojecimiento o la hinchazón se extienden por el pie o la pierna; si el pie está caliente, rojo e hinchado sin que haya ninguna lesión que lo explique; o si de repente le resulta difícil controlar el nivel de azúcar en sangre. Estos síntomas pueden indicar una infección profunda o un absceso, por lo que requieren evaluación inmediata en lugar de una simple consulta con el médico de cabecera.