

# PUNTURAS EN EL PIE

J. PUIGDELLÍVOL  
M. MORALES  
J. COMELLAS

ASEPEYO. BARCELONA

## INTRODUCCIÓN

Las punturas en el pie son una entidad poco frecuente en la práctica clínica diaria, pero con gran importancia por las complicaciones potenciales que podemos encontrar. En nuestro centro representaron el 0,5% (358 punturas) de 7.200 urgencias en un período de 5 años con una incidencia de osteomielitis secundaria en un 2,2% y artritis séptica en un 0,4%.

## NORMAS DE ACTUACIÓN

Consideramos unas normas de actuación en las primeras 24 horas tras la lesión:

1. Realizar una correcta historia clínica:

- Mecanismo de producción (valorar profundidad herida, ...).
- Características del lugar (suciedad, animales...).
- Tipo de calzado (suelas de goma, ...).
- Tiempo entre lesión y consulta.
- Estado de inmunización antitetánica.
- Enfermedades asociadas: diabetes, inmunodeprimidos, ...

2. El examen inicial, con una exploración superficial de la herida que da poca información.

3. La radiología inicial va encaminada a visualizar: cuerpos extraños radiodensos, lesión ósea directa. (Fig. 1).

4. Iniciar un tratamiento con:

- Limpieza de la herida con solución yodada.



Fig. 1. Lesión ósea en cabeza del 2.º metatarso.

- Exploración de la herida con anestesia local-regional.
- Exéresis y desbridamiento del tejido desvitalizado.
- Profilaxis antitetánica.
- No se recomienda profilaxis antibiótica.
- Instruir al paciente sobre los signos de infección (reconsulta inmediata).
- Elevación de la extremidad.
- Reposo relativo.
- Control ambulatorio a las 48-72 horas.

## COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Las complicaciones infecciosas que podemos hallar van relacionadas con unos factores predisponentes:

1. El grado de contaminación bacteriana.
2. La presencia o no de cuerpos extraños.

3. La lesión de estructuras profundas.

4. El estado inmunitario del paciente.

La incidencia en la literatura mundial ronda alrededor del 0,8-7,4%. En nuestro estudio representa el 0,5%.

Como factor predictivo de complicaciones se relaciona con el área del pie donde se localiza la puntura. En nuestra casuística, el área más afectada es la metatarsofalángica. (Fig. 2).

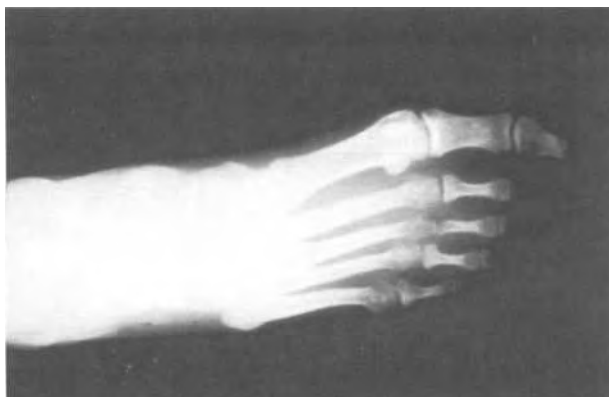


Fig. 2. Osteomielitis en la articulación de la 2.º y 3.º metatarsofalángica.

Ante una osteomielitis y artritis por gram negativos tras puntura plantar debemos llegar al diagnóstico mediante:

1. Clínica:

- Dolor y signos inflamatorios locales.
- No suele haber fiebre.
- Raramente existe afectación sistémica.

2. Laboratorio: es de poca ayuda:

- El recuento de leucocitos puede estar alterado, pero también hallarse dentro de la normalidad.
- VSG y PCR suelen estar aumentadas.

3. Radiología:

- Aparecen cambios a las 3 semanas aproximadamente.
- La ecografía puede ayudar a localizar cuerpos extraños, colecciones líquidas (abscesos).
- La gammagrafía ósea con Tc 99, Ga 67 o leucocitos marcados con Indio 111.
- La RNM nos informará de la extensión de la lesión ósea, visualización de las partes blandas (colecciones líquidas, ...) (Fig 3).

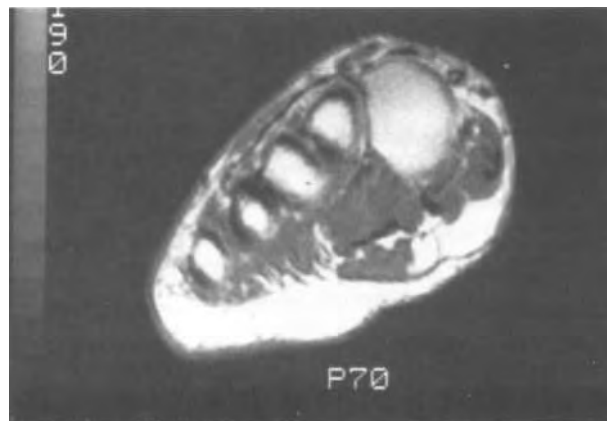


Fig. 3. Absceso subcutáneo en la articulación de la metatarsofalángica del primer dedo.

4. Bacteriología:

- Tinción de Gram y cultivo del material del foco lesional.
- De las muestras quirúrgicas (pus, hueso, ...).
- Si es necesario, incluso inyección salina y reaspirado en la zona lesional.

## TRATAMIENTO

No existe unanimidad de criterios en cuanto al tratamiento a seguir. Nosotros realizamos la asociación de cirugía y antibióticos:

1. Cirugía:

- Recomendamos un abordaje dorsal (Fig. 4).



Fig. 4. Imagen de cuerpo extraño que protuye a nivel dérmico en dorso del pie.

- Realizar una exploración cuidadosa (cuerpos extraños) (Fig. 5).
- Desbridar tejido necrótico y desvitalizado.
- Tubos de drenaje, si es posible, durante 24-48 horas.



Fig. 5. *Cuerpo extraño en acto quirúrgico.*

## 2. Antibióticos:

Previo al antibiograma, debemos administrar de forma empírica tratamiento anti-Pseudomona Aeruginosa. En nuestra serie, en los cultivos obtenidos se aisló en un 93% de casos la Pseudomona Aeruginosa, confirmando los resultados hallados en la bibliografía revisada. La pauta a seguir consiste en:

- Cefotaxidima 2 gr iv/8 horas y gentamicina 3 mg / kg / iv / día, durante 2 semanas, para evitar resistencias de la P. Aeruginosa al ciprofloxacino.
- Posteriormente, durante 2 semanas más: Ciprofloxacino 750 mg/12 horas vía oral.