

Conferencias y Simposios

CONTROVERSIA. Definiendo el pie de Charcot y la osteomielitis: un desafío en la práctica clínica

Coordinador: Rubén Saurral

Osteomielitis

Gabriela Carro

Médica especialista en Medicina Interna Magíster en Diabetes, Unidad de Pie Diabético Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Provincia de Buenos Aires, Argentina

La osteomielitis (OM) del pie diabético se asocia con tratamientos más prolongados, mayor necesidad de cirugía, mayor riesgo de recurrencia y amputación y menor éxito terapéutico. Sin embargo, no todas las osteomielitis presentan el mismo comportamiento clínico, requieren el mismo abordaje diagnóstico y terapéutico ni tienen el mismo pronóstico.

En esta disertación se describen cuatro presentaciones clínicas principales de la OM del pie diabético, cuya identificación puede contribuir a individualizar el manejo. La primera presentación corresponde a la OM asociada al ataque de pie diabético infectado, caracterizado por una infección aguda y rápidamente progresiva, con necrosis tisular, colecciones y compromiso de diferentes compartimentos del pie. Constituye una emergencia que requiere hospitalización, antibioticoterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico precoz, bajo el concepto de *"time is tissue"*. El diagnóstico clínico, la prueba de contacto óseo y las radiografías suelen ser suficientes y el tratamiento no debe demorarse a la espera de resonancia magnética o biopsia ósea.

La segunda presentación es el "dedo en salchicha", caracterizado por edema, eritema y pérdida del contorno normal del dedo, frecuentemente asociado a una úlcera. Afecta principalmente las falanges y, en ausencia de compromiso importante de tejidos blandos, puede tratarse con antibioticoterapia durante 6-8 semanas, con elevada tasa de éxito y sin necesidad habitual de amputación.

La tercera presentación corresponde a la OM asociada a neuroartropatía de Charcot, principalmente del mediopié o retropié. Suele originarse a partir de una úlcera plantar sobre un pie deformado y representa un desafío diagnóstico debido a la superposición de hallazgos radiológicos entre ambas entidades. La resonancia magnética suele ser necesaria y el tratamiento puede requerir procedimientos quirúrgicos complejos destinados a preservar la estabilidad y funcionalidad del pie.

Finalmente, la OM puede presentarse como una infección crónica sin compromiso extenso de tejidos blandos, asociada a una úlcera persistente o recurrente, deformidad o cirugía previa. El tratamiento incluye antibioticoterapia guiada por cultivos óseos y frecuentemente cirugía para resecar el hueso infectado.

Estas cuatro presentaciones difieren en los métodos diagnósticos necesarios, obtención de cultivos, tratamiento antibiótico y quirúrgico y pronóstico. Por lo tanto, la evaluación de la OM del pie diabético debe integrar las clasificaciones existentes con la presentación clínica y el juicio clínico.

Palabras clave: osteomielitis; pie diabético.

CONTROVERSY. Defining Charcot foot and osteomyelitis: a challenge in clinical practice

Coordinator: Rubén Saurral

Osteomyelitis

Gabriela Carro

Medical specialist in Internal Medicine Master in Diabetes, Diabetic Foot Unit National Hospital Prof. A. Posadas, Province of Buenos Aires, Argentina

Diabetic foot osteomyelitis (DFO) is associated with longer treatment duration, greater need for surgery, higher recurrence and amputation rates, and lower treatment success. However, not all cases of DFO behave similarly, require the same diagnostic and therapeutic approach, or share the same prognosis. This presentation describes four major clinical presentations of DFO whose recognition may help individualize patient management.

The first presentation is osteomyelitis associated with an infected diabetic foot attack, characterized by an acute and rapidly progressive infection with tissue necrosis, abscesses, and involvement of different foot compartments. This represents an emergency requiring hospitalization, intravenous antibiotic therapy, and early surgical debridement based on the principle that “time is tissue.” Clinical findings, the probe-to-bone test, and plain radiographs are usually sufficient for diagnosis, and treatment should not be delayed while awaiting magnetic resonance imaging or bone biopsy.

The second presentation is the “sausage toe,” characterized by swelling, erythema, edema, and loss of the normal contour of the affected toe, frequently associated with an ulcer. It mainly involves the phalanges and, in the absence of extensive soft-tissue involvement, can often be successfully managed with 6–8 weeks of antibiotic therapy without the need for amputation.

The third presentation is osteomyelitis superimposed on Charcot neuroarthropathy, predominantly involving the midfoot or hindfoot. It usually develops from a plantar ulcer over a deformed foot and represents a diagnostic challenge because radiographic abnormalities may overlap with those caused by Charcot neuroarthropathy itself. Magnetic resonance imaging is often required, and treatment may involve complex surgical procedures aimed at preserving foot stability and function and preventing recurrent ulceration.

Finally, DFO may present as a chronic infection without extensive soft-tissue involvement, associated with a persistent or recurrent ulcer, foot deformity, or previous unsuccessful surgery. Treatment includes antibiotic therapy guided by bone cultures and frequently requires surgical removal of infected bone.

These four clinical presentations differ in diagnostic requirements, culture sampling, antibiotic and surgical management, and prognosis. Therefore, DFO should not be considered a single homogeneous entity, and current classification systems should be complemented by clinical presentation and individualized clinical judgment.

Key words: osteomyelitis; diabetic foot.