

Algunas preguntas al artículo “Mano diabética en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Nuestra experiencia en 42 casos”

Leí con mucho interés el artículo de la Dra. Laura Álvarez Correa y col. titulado “Mano diabética en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Nuestra experiencia en 42 casos” publicado en las páginas 65-72 del Vol.46(1) de 2020 de Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Es original y muy interesante; nos muestra la experiencia con 42 casos en el manejo médico-quirúrgico de la mano diabética en uno de los hospitales más importantes de México, en una patología que, como describen los autores, tiene pocas publicaciones en la literatura mundial.

En los resultados es importante destacar que de los antecedentes encontrados, la obesidad y el tabaquismo son comorbilidades que afectan a un poco más del 30% de los pacientes, haciendo los autores especial énfasis en que cerca de la mitad de los que requirieron amputación como parte del manejo padecían obesidad. En la presentación clínica encuentran que la tenosinovitis infecciosa es el principal diagnóstico, y de los agentes etiológicos, fue *Enterobacter cloacae* (14%) el más frecuentemente encontrado como causa del proceso infeccioso. En el Gráfico 1 de flujograma de tratamiento que aportan, destacan que la amputación en 16 casos se realizó como tratamiento inicial después del aseo quirúrgico con 19 casos.

Con respecto a los resultados me parece hubiera sido importante, desde el punto de vista epidemiológico, mencionar cuál fue el factor desencadenante del proceso infeccioso, cuántos casos por mordedura de animal, cuántos por heridas, cuántos por quemadura etc. Ver si hubo alguna relación entre el mecanismo del trauma y el tipo de bacteria encontrado en el cultivo. De igual forma sería importante detallar, en las amputaciones realizadas, si fueron parciales de un dedo o todo el dedo, cuál fue el dedo amputado y si fue amputación parcial o completa

de la mano a nivel de la articulación radio-cúbito-carpiana. Agradecería si los autores nos pueden aportar en su respuesta a este comentario algún dato adicional sobre estos puntos.

Si bien es cierto que no hay una clasificación precisa para la mano diabética, si creo que la clasificación propuesta por estadios clínicos de “la mano diabética no tropical” de los Dres. Yeh, Kapila y Schwartz del Rutgers New Jersey Medical School podría tener aplicación en los casos estudiados en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Dicha clasificación menciona 3 estadios clínicos: un estadio I de erosión superficial y ulceración, un estadio II de celulitis y necrosis y un estadio III de gangrena.⁽¹⁾

En mi opinión, el artículo de Álvarez Correa y col. es un muy buen trabajo que aporta información científica y que nos confirma que si bien es cierto que los cambios en la microvasculatura ocasionados por la diabetes que llevan a procesos isquémicos no son tan frecuentes en las manos como en los pies, si hemos de tener en consideración que la alteración en la inmunidad celular y la fagocitosis llevan a cuadros clínicos que finalizan con la amputación de uno o varios dedos, e incluso en algunas oportunidades de la mano.

<http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922020000200015>

Dr. Ricardo Galán Suárez
Especialista en Cirugía Plástica. Profesor Titular Programa de Posgrado en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central. Jefe del Servicio Cirugía de la Mano Hospital Central de la Policía Nacional, Bogotá, Colombia.
Director Capítulo de Cirugía de la Mano FILACP 2020-2022.

Bibliografía

1. Yet C., Kapila R., Schwartz R. Non tropical hand syndrome: A troubling new entity. *Dermatologic Therapy*. 2019;e13125. <https://doi.org/101111/dth.13125>

Respuesta al comentario del Dr. Galán

Agradeciendo el comentario del Dr. Ricardo Galán y siendo puntual al cuestionamiento hecho en el mismo, la etiología reportada en los 42 casos fue la siguiente: traumatismo contuso-cortante 24 pacientes (57%), mordedura humana 2 pacientes (4.5%), mordedura de perro 2 pacientes (4.5%), mordedura de insectos 4 pacientes (10%) y etiología desconocida en 10 pacientes (24%); no se cuenta con una relación entre mecanismo de lesión y agente causal en este estudio.

Siguiendo con los pacientes cuyo tratamiento final fue la amputación: el 3° y 4° dedos fueron los que mostraron mayor número de casos, 5 respectivamente, seguidos por la infección de tejidos blandos, mano derecha 2 y mano izquierda 1; después el 2° dedo con 2 pacientes y el 5° dedo con 1 paciente.

De los 5 pacientes con amputación en 4° dedo, el nivel de amputación fue parcial en 4 de ellos: articulación interfalángica distal en 2 pacientes, interfalángica proximal en los otros 2; y en 1 fue total a nivel de articulación metacarpofalángica. Con respecto a los 5 casos de amputación del 3° dedo, fueron todos totales a nivel de arti-

culación metacarpofalángica. Los 2 casos de amputación en el 2° dedo fueron a nivel de la interfalángica proximal. En los casos de infección de tejidos blandos: en los 2 casos de la mano derecha se realizaron amputaciones a nivel de la articulación transmetacarpiana, y en el caso de afectación de la mano izquierda se realizó desarticulación. Con respecto al 5° dedo, se realizó amputación total hasta articulación metacarpofalángica.

Como se hace referencia en el comentario, la clasificación propuesta para mano no tropical podría ser tomada en consideración e incluida en nuestro estudio, arrojando los siguientes resultados: estadio I de erosión superficial y ulceración en 7 pacientes; estadio II, de celulitis y necrosis en 27 pacientes; y estadio III, de gangrena en 8 pacientes.

Esperamos con nuestras respuestas haber completado la información solicitada por el Dr. Galán.

<http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922020000200015>

Laura A. ÁLVAREZ CORREA
Médico Residente, Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México.

Laura A. ÁLVAREZ CORREA
Médico Residente, Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México.