

# Salvataje del pie diabético en el Perú: ¿un mito o realidad?

Diabetic foot salvage in Peru: a myth or reality?

Señor Editor:

Durante los últimos años, el aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) (11%, aprox. 3 520 000 personas) y de sus complicaciones vasculares crónicas, ha conllevado a la gran demanda de cirujanos vasculares y endovasculares en todo el Perú (1); estos ofrecen un manejo y tratamiento multidisciplinario de la insuficiencia arterial periférica (Salvataje del pie diabético) (2), el cual si no se trata oportunamente conlleva en sus estadios finales a un cuadro vascular de isquemia crónica que amenaza la extremidad (CLTI por sus siglas en inglés *Chronic Limb-Threatening Ischemia*) (3,4).

Son muchas las instituciones hospitalarias en nuestro país que cuentan con un Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular que vienen realizando un salvataje del pie diabético de primer nivel; es decir, la gran demanda de pacientes ha condicionado la implementación de técnicas endovasculares novedosas, profesionales altamente capacitados y amplia infraestructura hospitalaria permitiendo un óptimo desempeño multidisciplinario (Traumatología, Endocrinología, Medicina Física y Rehabilitación, etc...) que exige un salvataje del pie diabético exitoso.

En la mayoría de los pacientes con DM admitidos para algún tipo de tratamiento endovascular, se evalúa clínicamente incluyendo el índice tobillo-brazo (ITB) y la ecografía Doppler vascular (EDV), permitiendo en un primer momento estratificar el riesgo de amputación del miembro inferior mediante el *Score WIFI (Wound, Ischemia, and foot Infection)* y posteriormente junto

al estudio arteriográfico, clasificar la lesión vascular mediante el sistema *GLASS (Global Limb Anatomic Staging System)*, para finalmente determinar si el paciente es o no tributario del tratamiento de revascularización abierta o endovascular (3,5).

La revascularización endovascular junto a la curación de heridas son consideradas en la actualidad, como la piedra angular de salvataje del pie diabético; debido a que se restituye adecuadamente el flujo sanguíneo a zonas de la extremidad en donde antes no lo hubo, permitiendo contrarrestar los grados de isquemia crónica y propiciando la cicatrización exitosa de las heridas (5,6). Para lograr todo este proceso terapéutico, el cirujano vascular y endovascular hace uso de una serie de herramientas que incluyen guías, catéteres, balones medicados, stents con droga y equipos de aterotomía, según la localización (*Vaso Target* y angiosoma), tipo y abordaje (anterógrado, retrógrado o contralateral) de la lesión a tratar (figura 1) (7,8); por lo tanto, este proceso ha sido descrito como un verdadero desafío terapéutico debido a que se requiere una minuciosa planificación e innovación de técnicas quirúrgicas teniendo en cuenta permanentemente la cartografía vascular a tratar (9,10).

El salvataje de pie diabético, es una realidad palpable. A diario, nuestro servicio es afluente de muchos casos revascularizables procedentes de todo el Perú y en la actualidad estamos en pie de lucha contra dos grandes enemigos, la DM y la desinformación que ha ocasionado en muchas oportunidades niveles de amputación innecesarios en pacientes tributarios de terapia endovascular. Ante todo lo mencionado, nace la

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

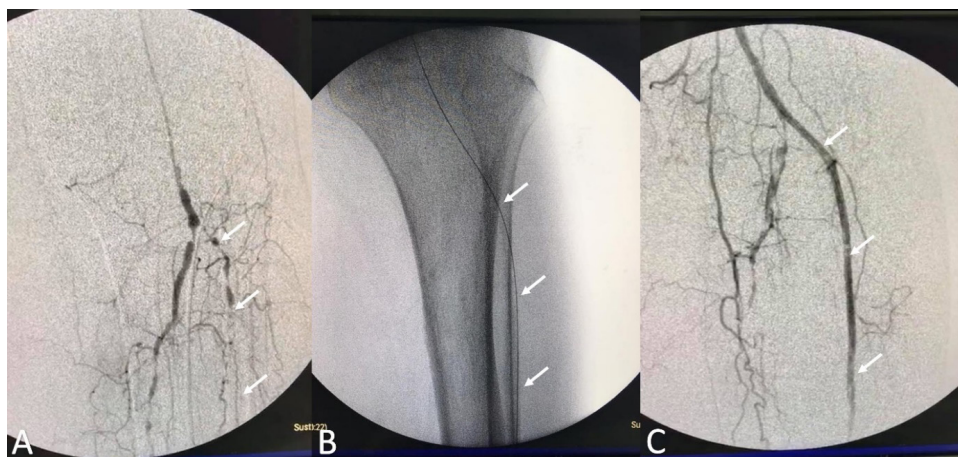
<sup>2</sup> Área de Endocrinología, Clínica Delgado. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Residente,

<sup>b</sup> Médico Cirujano Cardiovascular y Endovascular.

<sup>c</sup> Médico Endocrinólogo.

<sup>d</sup> Maestro en Gerencia de Servicios de Salud.



**Figura 1. A:** Obstrucción total de vasos infrageniculares donde se identifica a la arteria tibial anterior (ATA) como el vaso de prioridad a tratar (*Vaso Target*) (flechas). **B:** Se recanaliza ATA con el pasaje de una guía hidrofílica por acceso retrógrado (flechas). **C:** Angioplastia con balón de ATA desde acceso anterógrado luego de recapturar la guía (flechas).

necesidad de mayores investigaciones en la población de nuestro medio con la finalidad de estandarizar guías y protocolos de manejo multidisciplinario de pie diabético en las diferentes instituciones hospitalarias de nuestro país.

**W Samir Cubas<sup>1,a,d</sup>, Manolo Briceño-Alvarado<sup>1,b</sup>,  
Félix Tipacti-Rodríguez<sup>1,b</sup>,  
Helard Manrique-Hurtado<sup>2,c</sup>.**

#### Correspondencia:

Wildor Samir Cubas Lalle  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,  
Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular  
Av Edgardo Rebagliati 490, Jesús María, Lima, Perú.  
Correo electrónico: wsamircubas@gmail.com

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev peru med exp salud publica*. 2019; 36:26-36. Doi: 10.17843/rpmpesp.2019.361.4027
- Armstrong EJ, Alam S, Henao S, et al. Multidisciplinary care for critical limb ischemia: current gaps and opportunities for improvement. *J Endovasc Ther*. 2019; 26(2):199-212. Doi: 10.1177/1526602819826593
- Conte MS, Bradbury AW, Kolh P, et al. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2019; 58(1S):S1-S109.e33. Doi: 10.1016/j.ejvs.2019.05.006
- Almasri J, Adusumalli J, Asi N, et al. A systematic review and meta-analysis of revascularization outcomes of infrainguinal chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg*. 2019; 69(6S):126S-136S. Doi: 10.1016/j.jvs.2018.01.071
- Mayor J, Chung J, Zhang Q, et al. Using the Society for Vascular Surgery Wound, Ischemia, and foot Infection classification to identify patients most likely to benefit from revascularization. *J Vasc Surg*. 2019; 70(3):776-85. e1. Doi: 10.1016/j.jvs.2018.11.039
- Pereira C, Suh HP, Hong JPI. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. *Rev Chil Cir*. 2018; 70(6):535-43. Doi: 10.4067/s0718-4026201800060535
- Vaquero C, Gutiérrez V, González-Fajardo J, et al. Procedimientos endovasculares. Valladolid: PROCIVAS; 2006.
- Schmidt A, Bausback Y, Piorkowski M, et al. Retrograde recanalization technique for use after failed antegrade angioplasty in chronic femoral artery occlusions. *J Endovasc Ther*. 2012; 19(1):23-9. Doi: 10.1583/11-3645.1
- Kawarada O, Yokoi Y. Retrograde 3-French popliteal approach in the supine position after failed antegrade angioplasty for chronic superficial femoral artery occlusion. *J Endovasc Ther*. 2010; 17(2):255-8. Doi: 10.1583/09-2966.1
- Montero-Baker M, Schmidt A, Bräunlich S, et al. Retrograde approach for complex popliteal and tibioperoneal occlusions. *J Endovasc Ther*. 2008; 15(5):594-604. Doi: 10.1583/08-2440.1

Recibido: 20/04/2020

Aceptado: 25/06/2020