



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE INFECCIÓN GRAVE DE PIE DIABÉTICO: REPORTE DE CASO

MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF SEVERE DIABETIC FOOT INFECTION: A CASE REPORT

Francisco Daniel Montez Aldana

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Ana Luisa Robles Piedras

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Elena Guadalupe Olvera Hernandez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Erick Salomón Bautista Sánchez

Escuela de Medicina Intermedica

Urias Bautista Sánchez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Manejo multidisciplinario de infección grave de pie diabético: reporte de caso

Francisco Daniel Montez Aldana¹

francisco_monalda@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4992-8272>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

Ana Luisa Robles Piedras

roblesa@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8697-605X>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

Elena Guadalupe Olvera Hernandez

olverae@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9704-4872>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

Erick Salomón Bautista Sánchez

erickbausan@ gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-2691-3973>

Escuela de Medicina Intermedica
Mexico

Urias Bautista Sánchez

urias_bautista@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1182-2179>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 puede favorecer complicaciones vasculares, neurológicas e infecciosas que dificultan la cicatrización de heridas. El pie diabético representa una condición clínica relevante por su riesgo de infección profunda, osteomielitis, amputación y deterioro funcional. Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, quien desarrolló una lesión en el tercer dedo del pie izquierdo posterior al uso de calzado. La herida evolucionó durante más de 30 días sin mejoría y se complicó con absceso plantar, infección de tejidos blandos, disminución de pulsos periféricos y sospecha de osteomielitis. El manejo incluyó antibióticos, analgesia, apoyo vascular, tratamiento del dolor neuropático, intervención quirúrgica y curaciones locales con Ulcoderma® y ACTICOAT®. Durante un seguimiento clínico aproximado de 10 meses se documentaron cambios favorables en el lecho de la herida. Estos hallazgos corresponden a una observación descriptiva y no constituyen evidencia aislada de eficacia. El caso resalta la importancia del abordaje integral, oportuno y multidisciplinario del pie diabético complicado.

Palabras clave: pie diabético; diabetes mellitus tipo 2; cicatrización; infección; curación avanzada.

¹ Autor principal.

Correspondencia: francisco_monalda@hotmail.com

Multidisciplinary management of severe diabetic foot infection: a case report

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus may lead to vascular, neurological, and infectious complications that impair wound healing. Diabetic foot disease is clinically relevant because of its risk of deep infection, osteomyelitis, amputation, and functional impairment. This report describes a 72-year-old man with uncontrolled type 2 diabetes mellitus who developed a lesion on the third toe of the left foot after footwear use. The wound persisted for more than 30 days and progressed to plantar abscess, soft-tissue infection, decreased peripheral pulses, and suspected osteomyelitis. Management included antibiotics, analgesia, vascular support, neuropathic pain treatment, surgery, and local wound care with Ulcoderma® and ACTICOAT®. During approximately 10 months of clinical follow-up, favorable changes in the wound bed were documented. These findings represent a descriptive clinical observation and should not be interpreted as isolated evidence of efficacy. The case highlights the importance of comprehensive, timely, and multidisciplinary care for complicated diabetic foot disease.

Keywords: diabetic foot; type 2 diabetes mellitus; wound healing; infection; advanced wound care.

*Artículo recibido 13 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que exige vigilancia constante, no solo por el control de la glucosa, sino por las complicaciones que puede generar cuando el estado metabólico no es adecuado. En la práctica clínica, una de las situaciones más complejas ocurre cuando el paciente desarrolla lesiones en los pies, ya que la hiperglucemia, la neuropatía periférica, la enfermedad arterial periférica y la respuesta inmunológica alterada pueden transformar una herida aparentemente menor en un problema grave. Esta evolución no solo afecta el tejido lesionado, sino también la movilidad, la autonomía y la calidad de vida del paciente (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024; Armstrong, Tan, Boulton, & Bus, 2023).

El pie diabético se considera una complicación multifactorial. La neuropatía periférica disminuye la sensibilidad protectora, por lo que el paciente puede continuar caminando o usando el mismo calzado sobre una zona lesionada sin percibir dolor suficiente para detener el daño. Al mismo tiempo, la enfermedad arterial periférica reduce el flujo sanguíneo hacia los tejidos y limita el aporte de oxígeno y nutrientes necesarios para la cicatrización. Cuando estos factores se combinan con infección y retraso en la atención, el riesgo de necrosis, osteomielitis y amputación aumenta de forma importante (Armstrong, Boulton, & Bus, 2017; Fitridge et al., 2023).

Las infecciones del pie diabético deben valorarse con especial cuidado. La presencia de secreción purulenta, mal olor, edema, eritema, necrosis, dolor, compromiso profundo, disminución de pulsos periféricos o sospecha de afectación ósea obliga a clasificar la gravedad del cuadro y a tomar decisiones terapéuticas oportunas. Las guías IWGDF/IDSA recomiendan que el diagnóstico de infección se base principalmente en hallazgos clínicos y que el tratamiento considere la extensión de la lesión, la profundidad del compromiso, el estado vascular y la posibilidad de osteomielitis (Senneville et al., 2024).

El tratamiento del pie diabético complicado no debe limitarse a la indicación de antibióticos o a la realización aislada de curaciones. El abordaje adecuado requiere integrar control glucémico, valoración vascular, descarga de presión, desbridamiento, drenaje de colecciones, tratamiento antimicrobiano racional, manejo del dolor, curación local y educación del paciente. La atención multidisciplinaria se ha asociado con mejores resultados clínicos y con menor frecuencia de amputaciones mayores, lo cual



refuerza la necesidad de intervenir de manera organizada y oportuna (Armstrong et al., 2023; International Working Group on the Diabetic Foot, 2023).

En el manejo local de heridas complejas, las curaciones avanzadas buscan crear condiciones favorables para la reparación tisular. Esto implica controlar el exudado, proteger el lecho de la herida, disminuir la carga bacteriana cuando sea necesario, mantener humedad adecuada y retirar tejido desvitalizado. Los productos con colagenasa pueden apoyar el desbridamiento enzimático, mientras que los apósitos con plata se han utilizado por su actividad antimicrobiana local. Sin embargo, estos recursos deben comprenderse como coadyuvantes dentro de un manejo integral y no como sustitutos de la valoración clínica, la cirugía, el control metabólico o el tratamiento antimicrobiano cuando estos son necesarios (Dayya et al., 2022; Fong & Wood, 2006; Patry & Blanchette, 2017).

El objetivo del presente artículo es describir y analizar el manejo integral de un paciente masculino de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada e infección compleja de pie diabético, considerando la evolución clínica, el tratamiento farmacológico, la intervención quirúrgica y el uso de curaciones locales avanzadas. Desde una perspectiva clínica y farmacéutica, el caso permite reflexionar sobre la importancia de la atención temprana, el seguimiento farmacoterapéutico y el manejo multidisciplinario en pacientes con heridas diabéticas complicadas.

2. Presentación del caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años, identificado únicamente mediante iniciales para proteger su confidencialidad, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. El cuadro clínico inició con una lesión en el tercer dedo del pie izquierdo posterior al uso de calzado. La herida evolucionó durante más de 30 días sin mejoría, situación que permitió la progresión hacia una infección compleja en un contexto de alto riesgo clínico. La evolución fue documentada durante un periodo aproximado de 10 meses mediante revisión del expediente, registros clínicos y evidencia fotográfica.

Durante la valoración se documentó absceso plantar, infección de tejidos blandos, edema, eritema, material purulento fétido, disminución de pulsos periféricos y compromiso de múltiples compartimentos del pie. También se consideró sospecha de infección profunda con evolución a osteomielitis. Estos hallazgos reflejan la gravedad del cuadro, ya que en el paciente con diabetes una infección local puede

avanzar rápidamente hacia estructuras profundas, especialmente cuando existen hiperglucemia, alteraciones vasculares y retraso en el tratamiento (Senneville et al., 2024).

El paciente fue sometido a intervención quirúrgica que incluyó aseo quirúrgico, debridación de tejido necrótico, fasciotomía plantar, drenaje de absceso y amputación del tercer dedo. La realización de estos procedimientos fue necesaria para controlar el foco infeccioso, retirar tejido no viable, drenar la colección purulenta y limitar la progresión del daño local. En infecciones complejas de pie diabético, la cirugía puede ser indispensable cuando existe absceso, necrosis, infección profunda o sospecha de compromiso óseo (Everett & Mathioudakis, 2018; Senneville et al., 2024).

Como parte del tratamiento farmacológico se documentó el uso de antibióticos intravenosos y orales, entre ellos ceftriaxona, clindamicina y ciprofloxacino. También se incluyeron analgésicos como paracetamol y tramadol, así como medicamentos orientados al componente vascular y al dolor neuropático, entre ellos clopidogrel y pregabalina. Esta combinación terapéutica muestra que el manejo del caso no se centró únicamente en la infección, sino también en el dolor, la perfusión tisular y las complicaciones asociadas a la diabetes.

Dentro del protocolo de curaciones se utilizaron **Ulcoderma®** y **ACTICOAT◇** como parte del manejo local de la herida. La mención de marcas comerciales se realiza únicamente con fines descriptivos del caso clínico y no implica promoción, recomendación comercial ni superioridad terapéutica frente a otros productos. Antes de su aplicación, la lesión presentaba alteración del lecho y requería limpieza local continua. Posteriormente se observó mejoría progresiva en el aspecto de la lesión, con cambios favorables en la limpieza del tejido y en las condiciones locales para la cicatrización. Esta evolución debe interpretarse como una observación clínica descriptiva, ya que el resultado no puede atribuirse de manera aislada a un producto, sino al conjunto del manejo quirúrgico, antimicrobiano, metabólico y local.

3. Cronología clínica

La reconstrucción cronológica se realizó de manera retrospectiva a partir de la información disponible. No se contó con una secuencia completa de fechas para todos los acontecimientos; sin embargo, el seguimiento clínico abarcó aproximadamente 10 meses. El proceso inició con una lesión traumática por calzado en el tercer dedo del pie izquierdo, seguida de más de 30 días de evolución sin mejoría.

Posteriormente se documentaron infección de tejidos blandos, absceso plantar, disminución de pulsos periféricos y sospecha de compromiso óseo.

Ante la progresión clínica se efectuaron aseo quirúrgico, debridación, fasciotomía plantar, drenaje del absceso y amputación del tercer dedo. De forma simultánea se instauró tratamiento antimicrobiano, analgesia, manejo del dolor neuropático, apoyo vascular y curaciones locales avanzadas. Durante el seguimiento se registraron variaciones en glucemia y presión arterial, así como cambios progresivos en el lecho de la herida. Debido a la naturaleza retrospectiva del reporte, la cronología se presenta por etapas clínicas y no como una línea de tiempo con fechas exactas.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a un reporte de caso clínico descriptivo, observacional y longitudinal, elaborado a partir de la revisión retrospectiva del expediente clínico y de los registros disponibles. El manuscrito se estructuró conforme a los principios de las guías CARE para reportes de caso, con énfasis en la claridad de la evolución, la preservación de la confidencialidad y la descripción transparente de las intervenciones realizadas (Riley et al., 2017).

El caso corresponde a un paciente masculino de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada e infección compleja de pie diabético. Su inclusión se sustentó en la relevancia clínica del cuadro y en la disponibilidad de información suficiente para documentar el proceso asistencial durante un seguimiento aproximado de 10 meses. No se efectuó muestreo ni se pretendió realizar inferencia estadística, debido a que se trata de un reporte de un solo paciente.

La información se obtuvo mediante revisión del expediente clínico, registros de glucemia y presión arterial, resultados de laboratorio, notas de tratamiento farmacológico, procedimientos quirúrgicos y evidencia fotográfica de la evolución de la lesión. Se analizaron la presentación clínica, el control de la infección, la respuesta al manejo quirúrgico y farmacológico, el estado metabólico y vascular, y la evolución local de la herida.

El análisis fue de carácter descriptivo. Se integraron los hallazgos clínicos y paraclínicos disponibles, la secuencia general de las intervenciones y el desenlace observado. No se atribuyó la evolución favorable a un producto específico, debido a la administración simultánea de cirugía, antibióticos, manejo metabólico, apoyo vascular, analgesia y curaciones locales.

Desde el punto de vista ético, se preservó la confidencialidad mediante la omisión de datos de identificación personal. Se obtuvo consentimiento informado por escrito del paciente para el uso académico y editorial de la información clínica y de las fotografías. Las imágenes fueron utilizadas exclusivamente con fines científicos y se procuró evitar elementos que permitieran identificar al paciente (Riley et al., 2017).

5. RESULTADOS

El caso mostró una evolución clínica inicialmente desfavorable. La lesión comenzó en el tercer dedo del pie izquierdo posterior al uso de calzado y permaneció más de 30 días sin mejoría. Al ingreso se documentó absceso plantar, infección de tejidos blandos, edema, eritema, material purulento fétido, disminución de pulsos periféricos y compromiso de múltiples compartimentos del pie. Estos hallazgos reflejan una infección compleja en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y probable compromiso vascular periférico.

La intervención quirúrgica permitió realizar aseo quirúrgico, debridación de tejido necrótico, fasciotomía plantar, drenaje del absceso y amputación del tercer dedo. Posteriormente se documentó control parcial de la infección, persistencia de edema e inflamación, estabilidad clínica y pronóstico reservado debido a las comorbilidades del paciente. La necesidad de amputación menor evidencia la gravedad del proceso infeccioso y el impacto que pueden tener la hiperglucemia, la enfermedad arterial periférica y la infección profunda sobre la evolución clínica (Armstrong et al., 2023; Senneville et al., 2024).

Durante el seguimiento aproximado de 10 meses se integró evidencia visual de la evolución de la lesión. Se observaron cambios en el aspecto del lecho antes y después del manejo local con ungüento enzimático con collagenasa/cloranfenicol y apósito con plata nanocrystalina. La secuencia fotográfica documentó una reducción progresiva del tejido desvitalizado y mejores condiciones locales para la cicatrización. No obstante, la evolución debe interpretarse como resultado del manejo integral y no como prueba aislada de eficacia de un producto específico.

Figura 1. Registro fotográfico de la evolución local de la herida durante el protocolo de curaciones.



Fuente: elaboración propia con base en el registro clínico del caso.

Asimismo, se incluyeron estudios de laboratorio como parte de la valoración integral del paciente, los cuales permitieron contextualizar el estado metabólico, inflamatorio y clínico general durante el proceso infeccioso. Estos datos son relevantes porque en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el control metabólico, la respuesta inflamatoria y las condiciones sistémicas influyen directamente en la evolución de la herida y en la respuesta al tratamiento (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024).

Tabla 1. Resultados de laboratorio del paciente durante la valoración clínica.

Estudio	Parámetro	Resultado	Valores de referencia	Interpretación
Biometría hemática	Hemoglobina	13.7 g/dL	14.0 a 18.0 g/dL	Ligeramente disminuida
Biometría hemática	Hematocrito	39.6 %	42.0 a 54.0 %	Disminuido
Biometría hemática	Linfocitos	19 %	20 a 40 %	Ligeramente disminuidos
Biometría hemática	Eosinófilos	5 %	1 a 3 %	Elevados
Biometría hemática	Eosinófilos absolutos	335.0	0 a 300	Elevados
Química sanguínea	Glucosa	245 mg/dL	60 a 100 mg/dL	Elevada
Química sanguínea	Proteínas totales	6.3 g/dL	Adultos: 6.4 a 8.3 g/dL	Ligeramente disminuidas
Química sanguínea	Albúmina	3.4 g/dL	3.5 a 5.2 g/dL	Ligeramente disminuida
Hemoglobina glicosilada	HbA1c	10.0 %	Diabético sin control: mayor a 7.5 %	Diabetes sin control
Hemostasia	TP	14.9 segundos	9.8 a 14.3 segundos	Ligeramente prolongado

Estudio	Parámetro	Resultado	Valores de referencia	Interpretación
Hemostasia	INR	1.52	1.0 a 1.5	Ligeramente elevado

****Resto de parámetros dentro de los parámetros normales**

Fuente: expediente clínico revisado.

Nota. Se presentan los parámetros con alteraciones relevantes; los demás resultados disponibles se encontraron dentro de los intervalos de referencia del laboratorio.

En relación con el control glucémico, el seguimiento mostró variabilidad en las cifras de glucemia capilar, con registros matutinos entre 90 y 200 mg/dL y registros nocturnos entre 90 y 179 mg/dL. Esta variabilidad es relevante porque la hiperglucemia sostenida puede alterar la respuesta inmunológica, retrasar la cicatrización y favorecer la persistencia o progresión de infecciones en pacientes con diabetes (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024).

Tabla 2. Control de glucemias capilares durante el seguimiento del paciente (mg/dL).

Fecha	MAÑANA	NOCHE
26/02/26	177	118
27/02/26	200	136
28/02/26	156	149
01/03/26	130	132
02/03/26	123	103
03/03/26	171	179
04/03/26	105	138
05/03/26	90	90
06/03/26	118	123
07/03/26	173	142
08/03/26	120	119
09/03/26	142	139
10/03/26	128	105
11/03/26	121	119

Fuente: elaboración propia con base en registros del caso.

El control de presión arterial también mostró variaciones durante el seguimiento, con registros elevados en diferentes momentos. Estos hallazgos son clínicamente importantes porque las condiciones cardiovasculares y vasculares pueden influir en la perfusión tisular, elemento esencial para la cicatrización de heridas en pacientes con diabetes y enfermedad arterial periférica (Fitridge et al., 2023).



Tabla 3. Control de presión arterial durante el seguimiento del paciente (mmHg).

Fecha	MAÑANA	Tarde	NOCHE
07/03/26	126/77	139/89	159/90
08/03/26	136/73	136/81	133/79
09/03/26	129/78	150/90	112/73
10/03/26	136/71	137/88	138/92
11/03/26	125/61	99/58	115/75
12/03/26	114/60	137/83	149/96
13/03/26	137/83		120/70
14/03/26	141/84		145/88
15/03/26	149/96		108/58
16/03/26	152/97		140/90
17/03/26	145/97		145/89
18/03/26	147/102		128/79
19/03/26	137/95		141/84
20/03/26	126/63		148/95

Fuente: elaboración propia con base en registros del caso.

Respecto al tratamiento farmacológico, se identificaron medicamentos previos y hospitalarios orientados al control de infección, perfusión, inflamación, dolor y componente vascular. Entre los fármacos documentados se encontraron metronidazol, fosfomicina, cilostazol, serratiopeptidasa, pentoxifilina, cefixima, ceftriaxona, clindamicina, ciprofloxacino, paracetamol, tramadol, clopidogrel y pregabalina. La diversidad terapéutica refleja la complejidad clínica del caso y la necesidad de abordar distintos problemas de manera simultánea.

En cuanto al manejo local, el ungüento enzimático con collagenasa/cloranfenicol y el apósito con plata nanocrystalina se incorporaron como coadyuvantes del protocolo de curaciones. A lo largo del seguimiento se documentaron cambios favorables en la limpieza del tejido y en las condiciones del lecho

de la herida. El expediente disponible no permitió establecer una fecha exacta de cierre completo ni atribuir el desenlace a una sola intervención; la respuesta observada dependió del tratamiento quirúrgico, antimicrobiano, metabólico y local.

6. DISCUSIÓN

El presente caso muestra cómo una lesión aparentemente localizada puede evolucionar hacia una infección grave cuando existen diabetes descontrolada, posible neuropatía, compromiso vascular periférico y retraso en la atención. Esta progresión coincide con lo descrito en la literatura, donde el pie diabético se entiende como una condición multifactorial en la que confluyen pérdida de sensibilidad, presión repetitiva, alteración vascular, infección y retraso en la cicatrización (Armstrong et al., 2017; Armstrong et al., 2023).

La presencia de material purulento fétido, edema, eritema, compromiso de múltiples compartimentos del pie y sospecha de osteomielitis evidencia que el cuadro clínico no correspondía a una herida superficial simple. Las guías IWGDF/IDSA señalan que las infecciones moderadas o graves del pie diabético requieren clasificación clínica, antibióticos adecuados, valoración de extensión, estudios complementarios cuando estén indicados y, en algunos casos, intervención quirúrgica para controlar el foco infeccioso (Senneville et al., 2024).

El compromiso vascular periférico fue un elemento determinante en el pronóstico. La disminución de pulsos periféricos y el llenado capilar retardado sugieren alteración de la perfusión tisular, lo que puede limitar la llegada de oxígeno, nutrientes, células inmunitarias y antibióticos al tejido afectado. Las guías intersocietarias sobre enfermedad arterial periférica en personas con diabetes y úlcera de pie señalan que la evaluación vascular es fundamental para estimar la probabilidad de cicatrización y el riesgo de amputación (Fitridge et al., 2023).

El control glucémico también fue un factor relevante. La variabilidad observada en los registros de glucemia puede influir negativamente en la reparación tisular y en la respuesta inmunológica frente a la infección. Aunque el tratamiento local de la herida es indispensable, en el paciente con diabetes la cicatrización depende también del control metabólico, la perfusión, la nutrición, la ausencia de infección activa y el seguimiento clínico continuo (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024; Armstrong et al., 2023).



El tratamiento antimicrobiano utilizado incluyó antibióticos intravenosos y orales. En el pie diabético infectado, la selección antibiótica debe considerar la gravedad del cuadro, los microorganismos probables, el antecedente de antibióticos previos, el riesgo de resistencia, la función renal, la presencia de enfermedad arterial periférica y la sospecha de osteomielitis. Las guías recomiendan evitar antibióticos en heridas no infectadas, pero iniciar tratamiento racional cuando existen datos clínicos de infección (Senneville et al., 2024).

El manejo quirúrgico fue un componente central en este caso. La presencia de absceso, tejido necrótico, compromiso profundo y sospecha de osteomielitis justificó la necesidad de aseo quirúrgico, debridación, drenaje y amputación del tercer dedo. El desbridamiento de tejido no viable es una medida fundamental en heridas complejas, ya que permite reducir tejido desvitalizado, disminuir barreras mecánicas para la reparación y favorecer un lecho más adecuado para la cicatrización (Dayya et al., 2022; Everett & Mathioudakis, 2018).

El uso del ungüento enzimático con colagenasa/cloranfenicol y del apósito con plata nanocristalina debe interpretarse como parte del manejo local avanzado y no como causa única de la evolución favorable observada. Los productos con colagenasa pueden contribuir al desbridamiento enzimático de tejido desvitalizado, mientras que los apósitos con plata se emplean por su actividad antimicrobiana local en heridas con riesgo de infección o carga bacteriana elevada. Sin embargo, su indicación debe individualizarse y mantenerse dentro de un protocolo integral que incluya control metabólico, manejo de infección, valoración vascular y vigilancia clínica (Fong & Wood, 2006; Lafontaine et al., 2023; Patry & Blanchette, 2017).

Desde una perspectiva farmacéutica, este caso resalta la importancia del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con pie diabético complicado. El profesional farmacéutico puede contribuir a revisar la pertinencia de antimicrobianos, detectar duplicidades terapéuticas, valorar interacciones, vigilar seguridad de analgésicos, promover el uso racional de antibióticos, reforzar la adherencia y apoyar la educación del paciente sobre control glucémico y cuidado de los pies. Esta participación resulta especialmente importante cuando el paciente recibe múltiples medicamentos y presenta comorbilidades que pueden modificar la respuesta clínica.

Una limitación importante del presente trabajo es que corresponde a un solo caso clínico, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse. Además, la reconstrucción fue retrospectiva y no se dispuso de una cronología con fechas exactas para cada intervención durante los 10 meses de seguimiento. La interpretación del efecto de las curaciones locales también está limitada por la aplicación simultánea de cirugía, antibióticos, manejo metabólico, apoyo vascular y vigilancia clínica. Aun con estas limitaciones, el caso conserva valor académico al mostrar la complejidad real del manejo de una infección avanzada y la necesidad de una intervención oportuna e integral.

7. CONCLUSIONES

El caso clínico analizado muestra que una lesión aparentemente menor en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 puede evolucionar hacia una infección compleja de pie diabético cuando existen hiperglucemia, compromiso vascular, retraso en la atención y alteración del proceso de cicatrización. La progresión hacia absceso plantar, infección de tejidos blandos, sospecha de osteomielitis y amputación evidencia la gravedad potencial de estas lesiones.

El manejo del paciente requirió una intervención integral que incluyó cirugía, antibióticos, analgesia, apoyo vascular, tratamiento del dolor neuropático y curaciones locales. Esta integración terapéutica es fundamental porque la evolución de una herida diabética no depende de un solo fármaco o producto, sino de la interacción entre control metabólico, perfusión tisular, control de infección, desbridamiento y seguimiento clínico.

Las curaciones avanzadas con ungüento enzimático con collagenasa/cloranfenicol y apósito con plata nanocrystalina formaron parte del protocolo local y se asociaron con cambios favorables en la limpieza del tejido y en las condiciones del lecho de la herida. Sin embargo, estos productos deben describirse como coadyuvantes dentro de un manejo integral y no como responsables únicos de la evolución observada. Esta postura permite mantener rigor académico y evitar afirmaciones que no pueden sostenerse a partir de un solo caso.

Finalmente, el caso resalta la importancia de la prevención, la educación del paciente, la revisión temprana de lesiones en los pies, el control glucémico y la atención multidisciplinaria. En personas con diabetes mellitus tipo 2, una herida pequeña no debe subestimarse, especialmente cuando existen datos de infección, mala perfusión, dolor, secreción, mal olor o falta de respuesta al tratamiento inicial.



8. Consideraciones éticas

Se obtuvo consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de la información clínica y de las imágenes incluidas en este reporte. Se mantuvo la confidencialidad mediante la omisión de nombres, iniciales visibles y otros datos que pudieran permitir su identificación. Las fotografías se presentan únicamente con fines científicos y educativos, respetando la dignidad, privacidad y seguridad del paciente (Riley et al., 2017).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1).
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1615439>
- Armstrong, D. G., Tan, T. W., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2023). Diabetic foot ulcers: A review. *JAMA*, 330(1), 62-75. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
- Dayya, D., O'Neill, O. J., Huedo-Medina, T. B., Habib, N., Moore, J., & Iyer, K. (2022). Debridement of diabetic foot ulcers. *Advances in Wound Care*.
- Everett, E., & Mathioudakis, N. (2018). Update on management of diabetic foot ulcers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 153-165.
- Fitridge, R., Boulton, A. J. M., Bus, S. A., Hinchliffe, R. J., Game, F., Mills, J. L., et al. (2023). The intersocietal IWGDF, ESVS, SVS guidelines on peripheral artery disease in people with diabetes mellitus and a foot ulcer. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*.
- Fong, J., & Wood, F. (2006). Nanocrystalline silver dressings in wound management: A review. *International Journal of Nanomedicine*, 1(4), 441-449.
- International Working Group on the Diabetic Foot. (2023). *IWGDF guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease: 2023 update*.
- Lafontaine, N., et al. (2023). Prospective randomised placebo-controlled trial assessing silver dressings in acute diabetic foot ulcers. *Diabetologia*.
- Patry, J., & Blanchette, V. (2017). Enzymatic debridement with collagenase in wounds and ulcers: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*.



- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., et al. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Senneville, É., Albalawi, Z., van Asten, S. A., Abbas, Z. G., Allison, G., Aragón-Sánchez, J., et al. (2024). IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections. *Clinical Infectious Diseases*.

