Paciente do sexo masculino, 63 anos, hipertenso e diabético em tratamento irregular, internou no quarto devido história de dor, edema, eritema e calor no dorso do pé direito e surgimento de ferida na região plantar deste pé (figura 1 e 2), dois dias após ferimento com prego.

Inicialmente, fez uso de oxacilina (dose plena) por cinco dias, sem melhora. Posteriormente, ciprofloxacina associada a clindamicina. Durante a investigação, observou-se coleção no subcutâneo (do dorso e região plantar do pé direito) pela ressonância magnética do pé direito.

Foi realizada cirurgia de drenagem da coleção purulenta profunda neste pé, sem comprometimento ósseo (figura 3). A cultura evidenciou *Escherichia coli*, sensível à ciprofloxacina.

No 15°PO houve nova piora clínica, retornando a celulite e saída de secreção purulenta. A ressonância magnética deste pé evidenciou osteomielite e destruição óssea da cabeça do 3° e 4° metatarso direito.

Realizada nova cirurgia, incluindo a retirada do tecido ósseo inviável e todo tecido infectado. Logo, iniciado Imipenem e Linezolida devido a gravidade do caso. Evidenciado na cultura da secreção *Klebsiella pneumoniae* ESBL. Posteriormente, feito o descalonamento antimicrobiano.

Concomitante ao uso dos antimicrobianos, foi realizado controle glicêmico, otimização do tratamento da HAS, curativo no pé direito 2x dia, com colagenase nos tecidos com fibrina e necrose, e óleo de girassol nas partes com tecido de granulação. Posteriormente, fez curativo com safigel (que faz tanto desbridamento do tecido infectado, com fibrina e necrótico, quanto cicatrização do tecido de granulação) e aquacel (acelera o processo de cicatrização), evoluindo com melhora clínica progressiva (figura 4 e 5).

Após, quatro meses de internação e cuidados rigorosos, houve melhora clínica e completa cicatrização das feridas no pé direito (figura 6 e 7).

Portanto, para ocorrer tratamento adequado do pé diabético, é importante saber a intensidade do comprometimento deste pé, as bactérias mais prevalentes, investigação de complicações (ex: osteomielite ou coleção subcutânea), associado a antibioticoterapia precoce e eficaz, suporte clínico (ex: controle glicêmico) e curativo diário (1 a 2x dia).

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Tabela 1. Classificação das infecções associadas aos agentes etiológicos esperados para cada tipo de lesão. Adaptada de IDSA guidelines.

Manifestação	Gravidade/Infecção	Pa
Ferida sem inflamação ou secreção	Não infectadas	---
2 ou mais sinais de inflamação, celulites ao redor com < 2cm, infecção limitada a pele e subcutâneo	Leve	*S.* *St* *he*
Celulite > 2cm, linfangite, comprometimento da fáscia, tendões, articulações, osso, abscessos profundos	Moderada	*S.* *St* *he* En Ar
Infecção extensa em paciente com instabilidade hemodinâmica, toxêmico, distúrbio metabólico	Grave	S. St he En Ar (p mu

Tabela 2. Tipos de infecção e opções de tratamento para cada tipo de lesão.

Infecção	Origem do paciente	Tratame
Leve	Comunitária	- Oxacilin - Amoxac - Clindam
	Relacionada a Serviços de Saúde - RSS	- Ciproflo ou - Cefepim - Piperacil Vancomic
Moderada	Comunitária	-Ciproflox ou -Moxiflox -Ceftriaxo
	RSS	- Cefepim -Piperacil vancomici -Imipener
Grave	Comunitária	-Ciproflox ou -Moxiflox -Cefepime
	RSS	- Cefepim - Piperacil vancomici - Imipener