

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 15º 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 3º e 4º 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 collagenase 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. Str he
Celulite > 2cm, linfangite, comprometimento da fáscia, tendões, articulações, osso, abscessos profundos	Moderada	S. Str he En Ar
Infecção extensa em paciente com instabilidade hemodinâmica, toxêmico, distúrbio metabólico	Grave	S. Str he En Ar (po mu

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

Infecção	Origem do paciente	Tratamento
Leve	Comunitária	- Oxacilina - Amoxiclavulato - Clindamicina
	Relacionada a Serviços de Saúde - RSS	- Ciprofloxacina ou - Cefepime - Piperacilina - Vancomicina
Moderada	Comunitária	- Ciprofloxacina ou - Moxifloxacina - Ceftriaxona
	RSS	- Cefepime - Piperacilina - Vancomicina - Imipenem
Grave	Comunitária	- Ciprofloxacina ou - Moxifloxacina - Cefepime
	RSS	- Cefepime - Piperacilina - Vancomicina - Imipenem

Este documento é uma reprodução do Guia de prática clínica do Hospital de Referência de São Paulo, com o intuito de facilitar o acesso à informação e não substitui o documento original.