



TALLER PEU DIABÈTIC

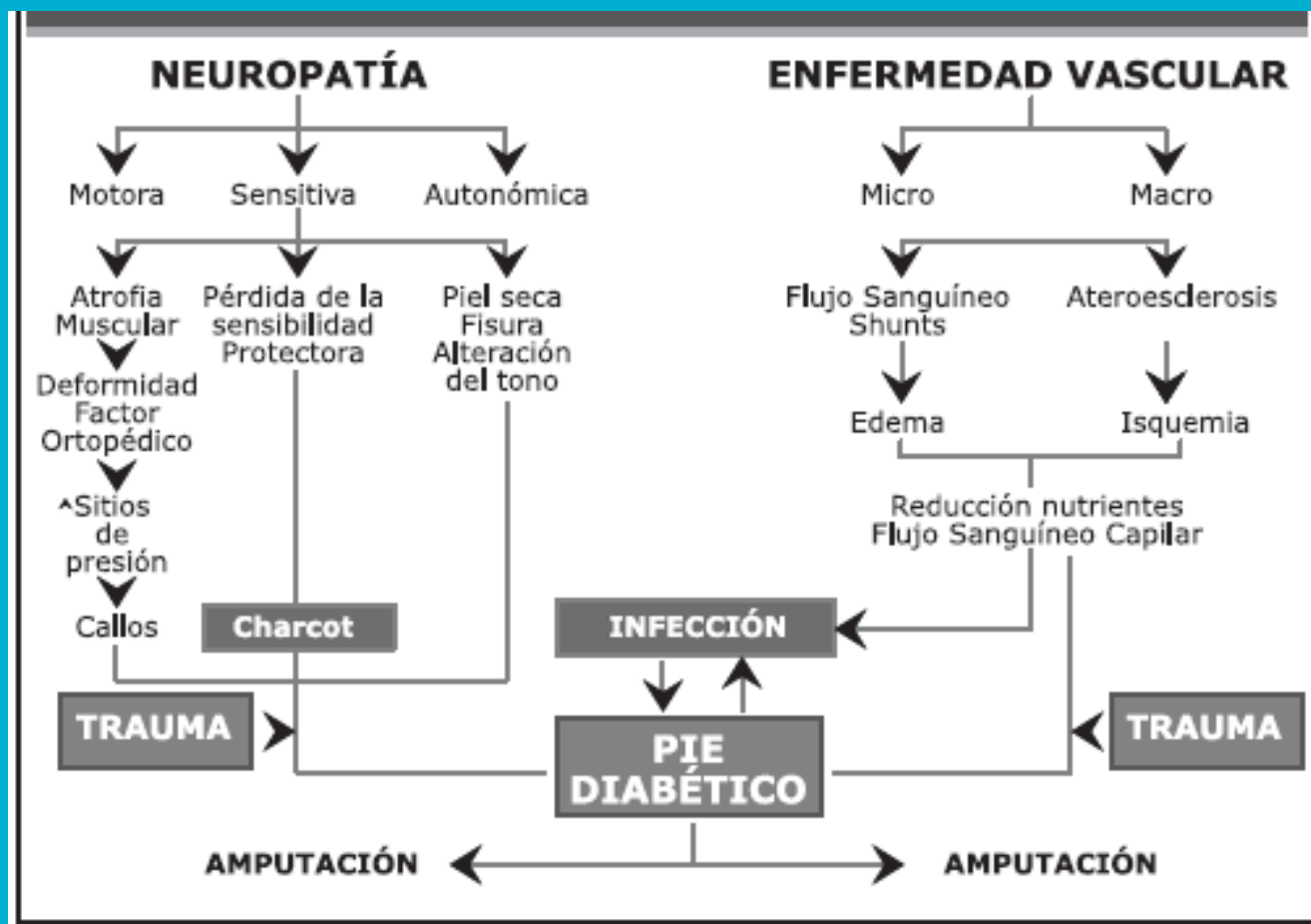
Catalina Morey Torrandell
cmorey@hssl.es



Que és el peu diabètic?

“... es defineix com la ulceració i/o gangrena del peu associada a **neuropatia diabètica** i a diferents graus de **malaltia arterial**, com a resultat de la interacció de diferents factors metabòlics”

*Organització
mundial de la Salut*



Neuropatia perifèrica

Alteració del sistema nerviós perifèric:

Neuropatia sensitiva: pèrdua de sensació de protecció, pacient vulnerable a traumatismes tèrmics, químics, físics

Neuropatia motora: deformitats en el peu (dits en urpa, en martell, HAV, etc.), pressions anormals, prominències òssies

Neuropatia autònoma: pell seca, talls, fissures, etc

Malaltia vascular

Reducció de la perfusió:

Microangiopatia: disfunció dels petits vasos, edema (retinopatia, nefropatia)

Macroangiopatia: arteriosclerosi artèries extremitat inferior

Aparició precoç

Bilateral

De predomini distal (artèries infracondílies, amb capacitat de revascularització col·lateral)

Cas 1

Ingrés maig 2014

Antecedents personals: pacient de **56 anys**, **exfumador** des de fa 12 anys, DM tipus 2 des de fa **16 anys**, insulinitzat

Antecedents patològics:

- Miocardiopatia dilatada amb component isquèmic, revascularitzat percutàniament març 2011
- Oclusió carotídia esquerra asimptomàtica

Cas 1

- **Arteriopatia perifèrica diabètica**. Ecografia Doppler arterial de MMII (2013)
- **Retinopatia** diabètica, **polineuropatia diabètica**

Tractament: Insulina aspart, Insulina detemir (prolong), Sitagliptina/ metformina 1 comp de ce, Clopidogrel 75mg c/24 h, Acetilsalicilico acido 100mg de, Cianocobalamina 1mg c/24 h, Ivabradina 5 mg de ce, Ramipril 2.5mg de ce, Ezetimiba 10mg de, Metamizol 575mg sp, Gabapentina 300 mg c/12 h

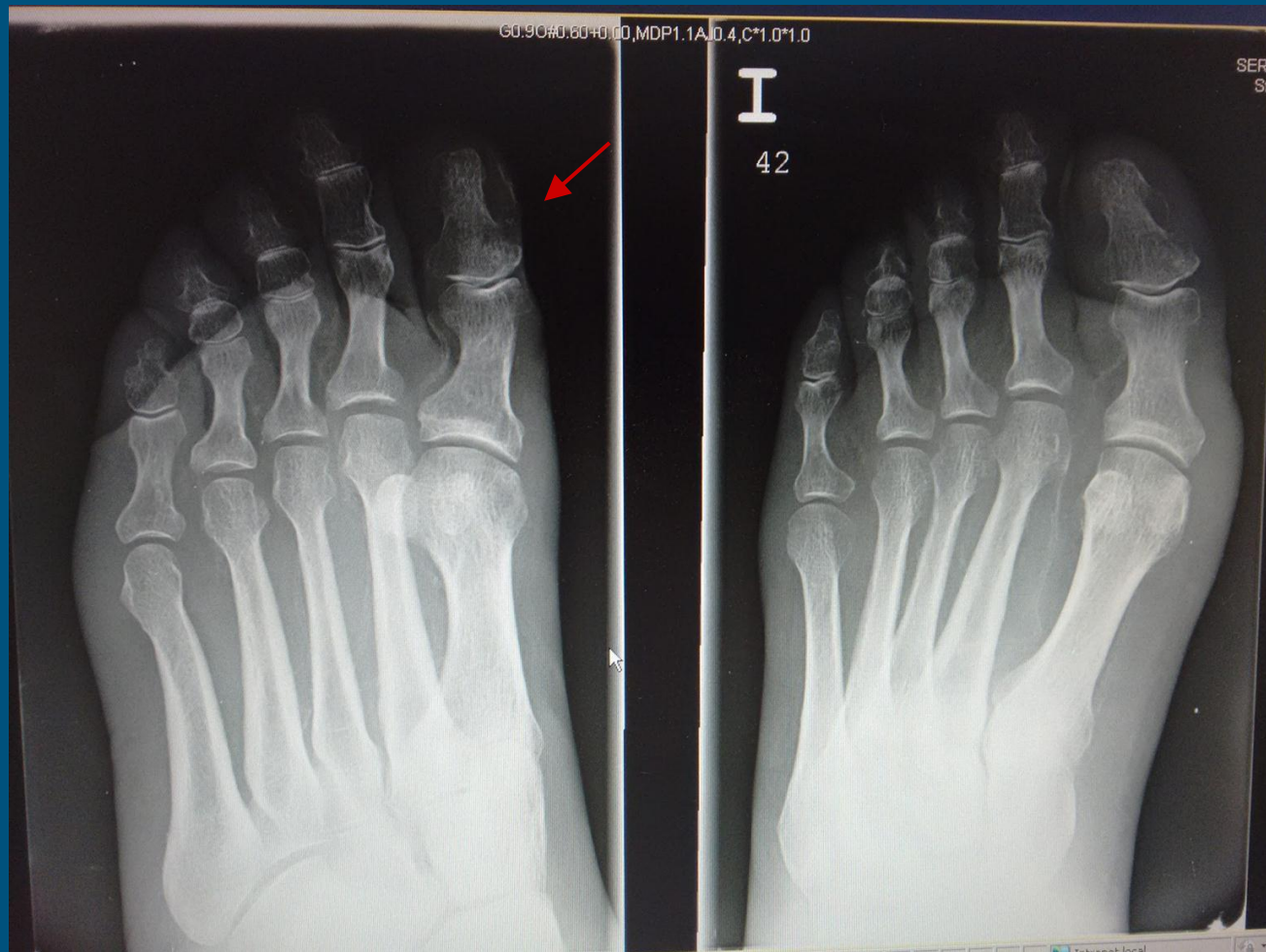
Cas 1

Motiu de consulta: úlcera zona medial 1r dit PE de **5 mesos** d'evolució, test contacte ossi positiu, exudat purulent. No febre

Seguiment a consultes externes
cirurgia general



—
maig 2014



Cas 1

Rx peu esquerre: pèrdua de cortical a regió medial del dit gros de peu esquerre

RM: troballes compatibles amb osteomièlitis a la falange proximal i distal de hallux amb celulitis i abscess subcutani plantar a la altura de l'articulació MTF de l'hallux

PROTEÏNA C REACTIVA 54,10 mg/L * 0.0 - 5.0

DIAGNÒSTIC PRINCIPAL: probable osteomièlitis de dit gros de peu esquerre

Cas 1

Quina serà l'actitud terapèutica a seguir?

1- Amputació del dit

2- Cures locals (desbridament enzimàtic, apòsits per a la gestió exsudat)

3- Cribatge neuroisquèmic (exploració neuropatia i exploració vascular)

4- Desbridament quirúrgic i antibiòtic sistèmic

Cas 1

Quina serà l'actitud terapèutica a seguir?

1- Amputació del dit

2- Cures locals (desbridament enzimàtic, apòsits per a la gestió exudat)

3- **Cribatge neuroisquèmic (exploració neuropatia i exploració vascular)**

4- Desbridament quirúrgic i antibiòtic sistèmic

El primer de tot

Cribatge
neuroisquèmic



Etiquetar el
pacient diabètic

Peu Diabètic Neuropàtic

- ✓ Parestèsies
- ✓ Peu ensurat
- ✓ Pell seca
- ✓ Temperatura normal
- ✓ Polsos palpables
- ✓ Úlcera definida i localitzada en punts de pressió
- ✓ No dolorosa
- ✓ Bon pronòstic
(amb un tractament adequat)



Peu Diabètic Neuroisquemic

- ✓ Claudicació intermitent.
- ✓ Dolor nocturn i en repòs.
- ✓ Pell fina. Brillant. Tròfica. Freda.
- ✓ Pell vermella, sense pilificació.
- ✓ Polsos no palpables
- ✓ Necrosis, mal aspecte,
- ✓ Úlcera irregular
- ✓ Apareix en els laterals del peu, en els talons i puntes dels dits.
- ✓ Son molt doloroses
- ✓ Mal Pronòstic
(Trat Revascularització)



Classificació úlceres

- ❖ Neuropàtiques (45-60%)
- ❖ Neuroisquèmiques (resta)

Cas 1

~~Amputació
transmetatarsiana del
primer dit del peu
esquerre~~



Cas 1



Cas 1



Cas 1

Juny 2014

(1 mes després amputació)



Cas 1

Ingrés juny 2014

Motiu consulta: probable **infecció del monyó**

Progressió de l'úlçera del monyó. No refereix síndrome febril, dolor o major impotència funcional. Ferida amb necrosi i discret exsudat

Cas 1

Se decideix **desbridament i neteja** de la ferida

Se pauta **ertapenem ev**, després passa a **ciprofloxacino oral**

Se valora per **cirurgia vascular** de HSE , se realitza estudi hemodinàmic arterial: **ITB calcinosi arterial, pletismografia: fàsica dreta i plana esquerra**. Se recomana continuar amb TAE via oral i ingrés **programat** per a **arteriografia membres inferiors**

Alta

Cas 1

Observacions:

- No s'ha fet recollida de mostres

- El tractament antibiòtic sempre és empíric

Li varen fer l'arteriografia de membres inferiors, el varen revascularitzar i va millorar

Cas 1

Agost 2014

(3 mesos des de l'amputació)



Cas 1

Ingrés agost 2014

Motiu consulta: **evolució tòrpida, signes de cel·lulitis** en el peu esquerre que progressa malgrat el **tractament ambulatori amb amoxicilina-clavulànic i ciprofloxacino**. Refereix **dolor fluctuant** en el peu esquerre però **sense febre** ni afectació de l'estat general

Cas 1

Cultiu exsudat ferida quirúrgica: positiu per a **Staphylococcus aureus** sensible a **oxacilina** en cultiu pur

Cel·lulitis por *S. aureus* en pacient amb peu diabètic. **A descartar osteomielitis**

Proteïna C Reactiva: **127.4**

Cas 1

Rx de peu que comentada amb radiologia recomana **completar estudi amb RMN i gammagrafia** per a descartar osteomielitis

RM : **osteomielitis** en el **monyó del MTT del 1r dit**, edema inespecífic a la **base de la falange del 2n dit i cap del 2n MTT** compatible amb osteomielitis

Gamma: estudi gammagràfic suggestiu d'**osteomielitis** de cap del **2n MT** i **probablement de la 1a falange** amb infecció de parts toves adjacents

Se confirma osteomielitis

Quina seria l'actitud a seguir?

- 1- Antibiòtic ev durant l'ingrés, alta i completar 6 setmanes antibiòtic
- 2- Resecció, raspat de cavitat sèptica i recollida de mostres òssies
- 3- Cura tòpica (producte desbridant i apòsit secundari que gestioni exsudat)
- 4- Aplicar feltres de descàrrega

Se confirma osteomielitis

Quina seria l'actitud a seguir?

- 1- Antibiòtic ev durant l'ingrés, alta i completar antibiòtic 6 setmanes
- 2- **Resecció, raspat de cavitat sèptica i recollida de mostres òssies**
- 3- Cura tòpica (producte desbridant i apòsit secundari que gestioni exsudat)
- 4- Aplicar feltres de descàrrega

Cas 1

Amoxiclavulànic ev tot ingrés, antibiòtics a l'alta levo i clindamicina

Alta per milloria amb antibiòtic i cures locals

Cas 1

Setembre 2014



Octubre 2014



Cas 1

—
Octubre 2014



Cas 1

—
Octubre 2014



Cas 1

El pacient acudeix a Unitat Peu Diabètic d'HSE: se realitza **neteja** de cavitat sèptica amb **resecció** de segrestos ossis (2n cap MTT i base falange proximal 2n dit peu esquerre), i **recollida de mostra òssia** per a biòpsia

Resultat del **cultiu de biòpsia òssia**: positiu a **Kl pneumoniae BLEA+**

Cas 1

Ingrés d'octubre a desembre 2015

Motiu d'ingrés: **cultiu de biòpsia òssia** realitzat a HSE positiu a **KI pneumoniae BLEA+**

Ingressa per a l'administració d'antibiòtic ev: **6 setmanes ertapenem ev**

Aïllament de contacte

Cas 1

PCR: 5,40 mg/l

Evolució lenta, sense que es produeixi el tancament de l'úlçera que arriba a la zona on es va ressecar el cap del 2n metatarsià i 1a falange del segon dit

Se sol·licita que sigui **revalorat per Cirurgia Vascular** de HUSE: **no s'aprècia nova indicació quirúrgica**

Alta

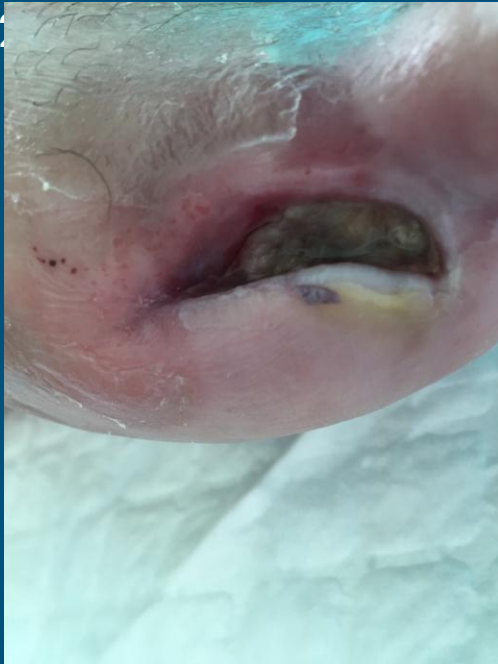
Cas 1

—
Novembre 2014



Cas 1

31 d'octubre 2014



15 novembre 2014



29 de desembre del



Cas 1

NO tanca: el pacient se'n va a Barcelona per a una segona opinió sobre la revascularització. Aporta informe de Barcelona on es recomana revascularitzar

Se'l **revascularitza** de nou a Palma gener 2015

Cas 1

Gener 2015



I per fi

maig 2015

(1 any després)



Suports plantars

juny 2015



Suports plantars

juny 2015



Cas 1

Sobrecàrrega al 1r metatarsià

novembre 2015

(1 any i mig després)



Cas 1

Actualment març 16

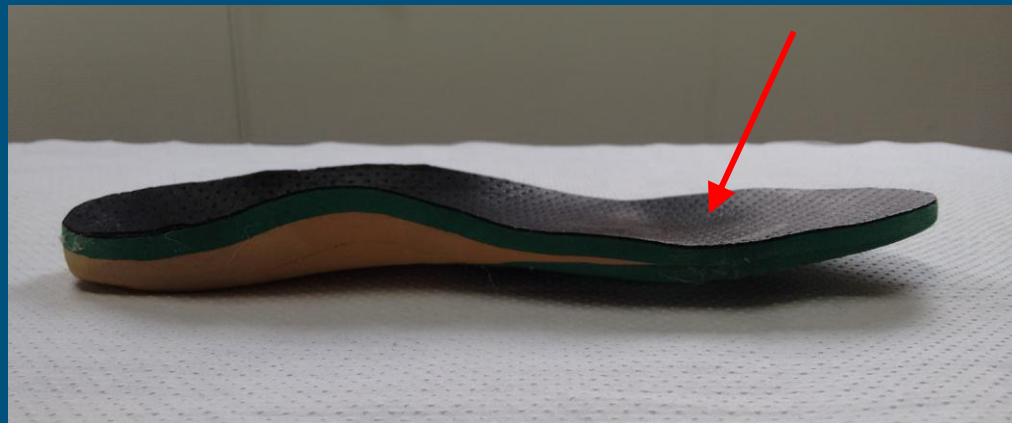


Cas 1

Actualment març 16



Cas 1



Cas 1



Resum passes a seguir

1. Cribatge neuroisquèmic. Derivació a vascular
2. Revascularització
3. Resecció i neteja os, recollida de mostres BO
4. TAE, ajustar antibiòtic segons cultiu
5. Cures locals
6. Estudi biomecànic

Cas 2

Ingrés gener 2015

Pacient de 43 anys

Antecedents personals: fumador, HTA, sobrepès, DM tipus 2 de 10 anys d'evolució, cardiopatia isquèmica, IAM juny 2011

Tractament: pantoprazol 40 mg de, insulina glargina 28 ui ce, metformina 850 mg 1-1-1, lixisenatida 20 mcg sc de, eplerenona 25 mg de, bisoprolol 10 mg de, enalapril 10 mg ce, atorvastatina ce

Cas 2

Motiu ingrés: **mal perforant plantar** a nivell de la **base** del **primer dit** del **peu dret**, mínima **exposició òssia**, **material purulent**, **discreta cel·lulitis perilesional** cap al dors del peu

Varis **ingressos previs** des d'agost 2013 per peu diabètic. **Novembre 2014** **amputació transmetatarsiana** de **2n dit** per **úlçera plantar** a **2n cap metatarsal** (seguia cures a centre de salut). **Actualment** presenta **úlçera** a **1r cap metatarsal** d'inici ràpid (en dos dies segons el pacient)

Cas 2

Gener 2015

Rx abans desbridament

Proteïna C-Reactiva: * 50,90 mg/l



Cas 2

I això és el que es va fer:

1. Inici TAE ertapenem ev
2. Desbridament i resecció del primer metatarsià a quiròfan. Se recolleix biòpsia òssia
3. Cribatge neuroisquèmic

És l'ordre adequat?

Cas 2

L'ordre adquat seria aquest:

1. Cribatge neuroisquèmic, si polsos i ITB > 0.9
2. Desbridament i resecció del primer metatarsià a quiròfan. Se recolleix biòpsia òssia
3. Inici TAE ertapenem ev

Observació: han passat dos mesos i la ferida d'amputació del 2n dit no ha tancat

Cas 2

Se realitza cribatge neuroisquèmic:

Exploració vascular:

Se palpen polsos en el peu dret. En el peu esquerre no es palpa el tibial posterior

ITB: Peu dret: Pèdia: 1

Peu esquerre: Pèdia: 1.2

Tibial posterior: 1

Tibial posterior: 0.8

Cas 2

Exploració de sensibilitats: absència de sensibilitat pressora i vibratòria en els dos peus

Segons resultats BO passa amoxyclavulànic

Alta, cures CS

Cas 2

Ingrés juny 2015

Motiu ingrés: **desbridament** a peu diabètic. **Mala evolució de ferida plantar a 1r i 2n caps metatarsals. Mínima zona de cel·lulitis i restes purulents**

RMN: troballes compatibles amb focus d'**osteomielitis residual** en els **fragments ossis del 1r metatarsià, edema ossi a 2n metatarsià** en relació a canvis inflamatoris post IQ, canvis degeneratius a **3a articulació mttf amb destrucció del cap metatarsià compatible amb osteonecrosi (síndrome de Freiberg)**

Cas 2

Es realitza baix anestèsia regional, **exploració quirúrgica** del peu diabètic i en **no apreciar focus d'infecció ni signes de necrosi i fluctuació, es desestima desbridament quirúrgic**

Es donat d'alta i es remet per a control a consultes externes

Cas 2

Juny 2015 a consultes: presenta **teixit desvitalitzat entre 1r i 2n cap metatarsians**. **Test de contacte ossi positiu**. De moment **no** es pauta **antibiòtic**

Es remet el pacient a Unitat Peu Diabètic (UPD) d'HSE

Cas 2

16/07/2015 (6 meses des de ingrés gener)



Cas 2

16/07/15: realitzat **desbridament** amb **recollida de biòpsia òsea** a Unitat Peu Diabètic d'HSE. El pacient inícia **TAE amb cefuroxima + linezolid**

04/08/15: **úlcer**a **quasi tancada**, queda oberta ferida quirúrgica 1r metatarsià amb bona evolució. Se realitza la cura amb alcohol + iode per ordre HPD. Porta **descàrrega** amb **plàstic cast**

Cas 2

12/08/2015

(1 mes)



Cas 2

17/09/15

(2 mesos des del desbridament)



Cas 2

Novembre 2015

Nou problema:

Sobrecàrrega?

Osteomielitis?



Què fer davant una úlcera?

DIAGNÒSTIC

CRIBATGE NEUROISQUÈMIC

EXPLORACIÓ DE L'ÚLCERA

IDENTIFICACIÓ DE LA INFECCIÓ

ESTUDI BIOMECÀNIC

CRIBATGE NEUROISQUÈMIC

Diagnòstic ràpid de complicacions als peus en pacients amb diabetis



1- Exploració de les sensibilitats



2- Exploració vascular

Exploració de les sensibilitats

Valoram la pèrdua de sensibilitat

Mitjançant tres proves senzilles i efectives:

Dolorosa: pinprick

Barestèssica o pressora: monofilament (Semmes-Weinstein) 5.07mm, 10 gr/cm²

Palestèssica o vibratòria: diapasó de 128 Hz estàndar

Sensibilitat a la PRESSIÓ/ Barestèssica



Sensibilitat a la VIBRACIÓ/ Palestèsica



Exploració vascular

Palpació de **polsos**:

Pedi

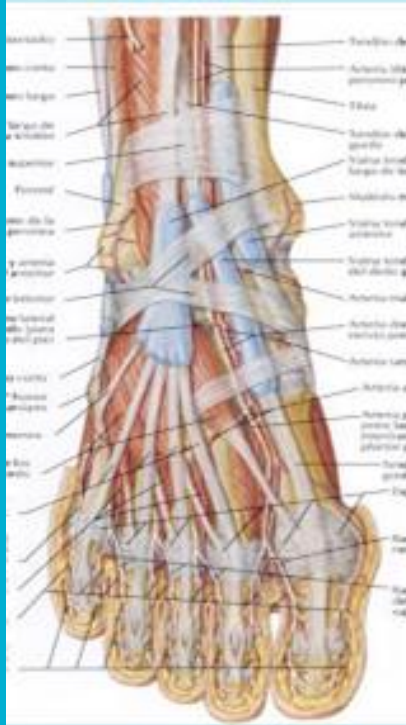
Tibial posterior

Popliti (opcional)

Índex turmell-braç (**I.T.B.**)

Índex dit-braç (I.D.B.)

Palpació de polsos





Valors de referència (Royo-Viadé, 2010)

> 1.3 : parets arterials calcificades

Entre 0.9 i 1.3 : es considera normal

Entre 0.5 i 0.8 : disminució important del flux arterial (retràs en la cicatrització)

< 0.5: isquèmia crítica, si el pacient té una lesió, aquesta no curarà

Classificació úlceres

- ❖ Neuropàtiques (45-60%)
- ❖ Neuroisquèmiques (resta)

Úlcera neuropàtica



Úlcera neuropàtica



Úlcera neuroisquèmica



Úlcera neuroisquèmica



Úlcera neuroisquèmica



EXPLORACIÓ DE L'ÚLCERA

- Tamany: extensió, contorn irregular, definit
- Profunditat: teixit subcutani, lligaments, articulació, os
- Llit de la ferida: necrosi, fibrina, teixit granulació
- Localització: punts de pressió, laterals peus, puntes dels dits
- Exsudat: quantitat, aspecte
- Estat de la pell perilesional: eritema, maceració, hiperqueratosi
- Dolor

IDENTIFICACIÓ DE LA INFECCIÓ

Diagnòstic clínic, la recollida de signes clínics té una validesa major que un cultiu de la lesió (COLONITZACIÓ)

Dos signes clàssics d'inflamació: calor, rubor, tumefacció-edema, dolor o abscess local

Mala olor o exsudat purulent

Destrucció de teixit subcutani

Síntomes i signes d'afectació sistèmica: febre, calfreds, leucocitosi

Tabla 1 . Clasificación clínica de gravedad en la infección del pie diabético
IWGDF / IDSA classification

No infectada	1	No signos inflamatorios, ni exudado purulento
Infección leve	2	Presencia de ≥ 2 signos de inflamación: pus, eritema, dolor, calor. Pero la inflamación no se extiende más allá de ≥ 2 cms de la úlcera y la infección sólo afecta a piel y tejido subcutáneo. Sin complicaciones locales o sistémicas. *
Infección moderada	3	Infección que afecta tejidos profundos (afectación articular, ósea, muscular o tendinosa) o celulitis más allá de los 2 cm, linfangitis ascendente, extensión a fascia superficial, absceso profundo o gangrena en paciente sistémica y metabólicamente estable, sin signos de SIRS.
Infección grave	4	Infección con repercusión sistémica, sdre de respuesta inflamatoria SIRS manifestada por al menos 2 de los siguientes hallazgos: fiebre ($>38^{\circ}$ o < 36), taquicardia (>90 x'), hipotensión, frecuencia respiratoria >20 x', leucocitosis (>12000 o <4000), acidosis metabólica, insuficiencia renal)

Cultiu microbiològic

NO s'han de fer cultius sino existeixen signes d'infecció:
CEL·LULITIS O EXSUDAT

CULTIUS han de ser de teixit tous o aspiracions de secrecions
purulentes

NO FROTIS: contaminants superficials

Diagnòstic d'osteomielitis

Diagnòstic clínic:

- Úlceres de > 4 setmanes evolució, grans > 2cm, profundes > 3 mm, sobre una prominència òssia
- Exposició òssia
- **Test de contacte ossi positiu**
- Marcadors sèrics d'inflamació elevats: leucocitosi, VSG, PCR

Test de contacte ossi positiu



Diagnòstic d'osteomielitis

Exploració a través de la imatge:

Rx simple: d'elecció, osteolisi o destrucció òssia al voltants de l'úlcer, diagnòstic tardà

RMN: més sensible i específica, parts toves, afectació precoç

G Grafia òssia: dubtes entre malaltia neuropàtica precoç o osteoartritis

Diagnòstic d'osteomielitis

Cultiu microbiològic  **BIÒPSIA ÒSSIA**

Quiròfan

Mostres a través de l'úlcer

Deixar 1 setmana sense antibiòtic sino hi ha signes d'infecció de teixits tous o infecció greu

Biòpsia òssia



Obtenció de mostres

Netejar la lesió amb aigua i sabó. Retirar teixit desvitalitzat. Asèpsia de la pell

Ha de ser realitzada a la màxima profunditat possible mitjançant:

- Pinça gúbia i/o cullereta per a fragments ossis

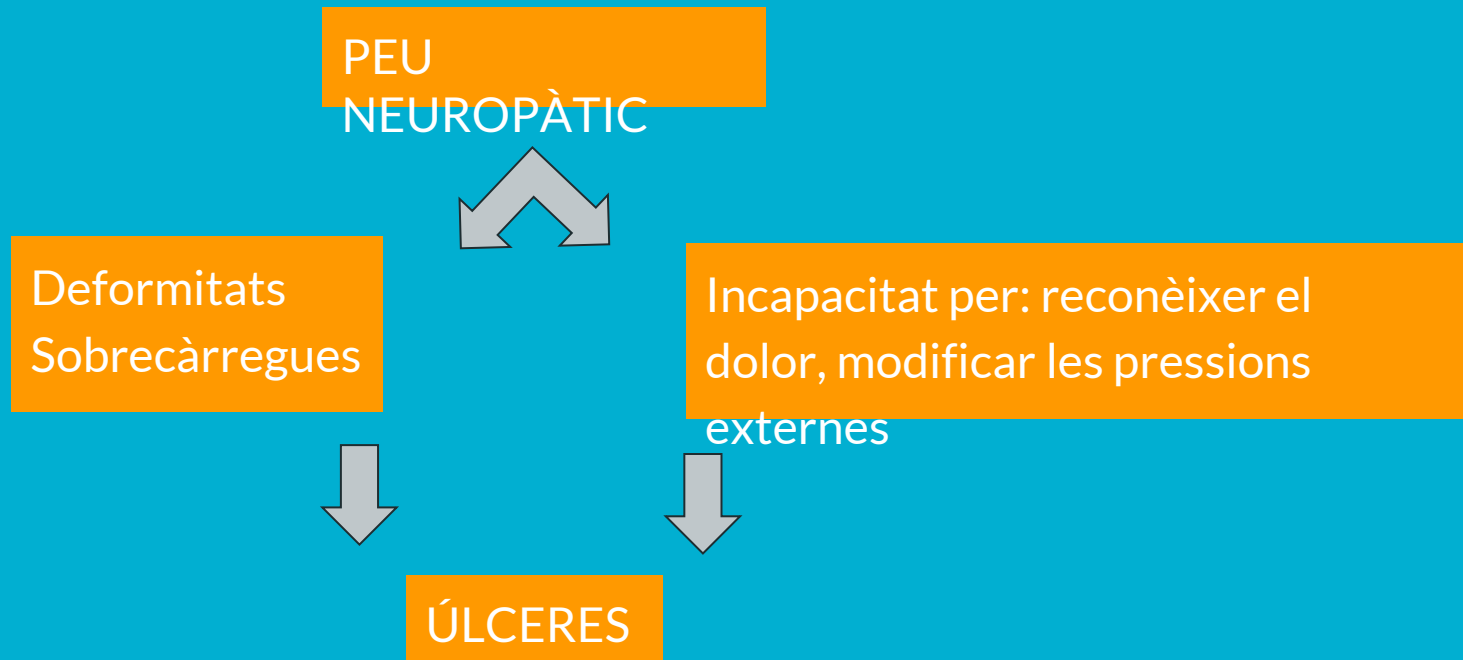
- Bisturí o punch per a teixits

- Aspiració en cas d'abscess

Introduir dins recipient estèril amb sèrum salí (BO, teixits)

Enviar al laboratori i processar a la major brevetat possible

ESTUDI BIOMECÀNIC



Deformitat dels dits



Deformitat dels dits



Punts de pressió (hiperqueratosi)



Punts de pressió (helomes)



Alteracions estructurals



Prominències òssies



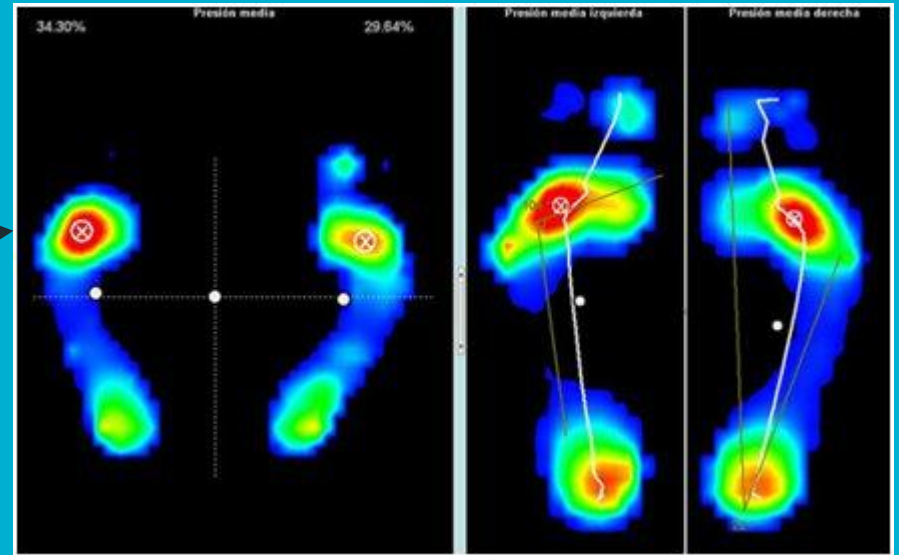
Amputations prèvies



Amputacions prèvies



Estudi biomecànic



Dinàmica



Dinàmica

Mirar com camina i quin calçat utilitza

Estudi fases de la marxa:

Xoc de taló : per cantó extern, centre, intern

Recolzament total del peu: estrès en valgo/varo

Despegue o propulsió: metatarsians, dits

Què fer davant una úlcera?

TRACTAMENT

TRACTAMENT ANTIBIÒTIC
SISTÈMIC

DESBRIDAMENT QUIRÚRGIC

TRACTAMENT LOCAL

DESCÀRREGA

TRACTAMENT ANTIBIÒTIC SISTÈMIC

NO tractar amb antibiòtics les úlceres que no presenten signes d'infecció

Tractament **inicial empíric** TAE, en funció de:

Gravetat (infecció lleu, moderada, greu)

Tractaments previs

Sospita de SARM, BLEA

Ajustar tractament **segons cultius i evolució**

TAE

	Factores adicionales	Pauta antibiótica	ALERGIA a B lact
INFECCIÓN LEVE		Amoxi clavulánico 875-125 mg/8h o Cloxacilina 500mg/6 h 7-14 días	Clindamicina 300 mg/8 h o levofloxacino 500 mg/24h 7-14 días
INFECCIÓN MODERADA	Sin tratamiento previo	Amoxi clavulánico 2g/8h EV inicial, pasar VO cuando mejoría clínica	Levofloxacino 750 mg/24h + metronidazol 500 mg/8h EV
	Con tratamiento previo	Piperacilina-tazobactam 4 g/6 h EV	
	Si ingreso en HAD	Ertapenem 1 g/24h	

TAE

INFECCIÓN GRAVE

Úlcera macerada, presencia de necrosis-isquemia o zonas con gangrena/gas

Piperacilina-tazobactam 4 g/6h EV

o

Meropenem 2 g/8h EV

ó

Ceftazidima 2g/8h +
(clindamicina 600/6-8h o
metronidazol 500mg/8h) EV

Factores de riesgo de infección por Enterobacteria BLEE o SARM

Ceftarolina 600mg/12h EV

O

Meropenem 2 g/8h +
Vancomicina 1 g/12h (o
Linezolid 600mg/12h si
Fracaso renal o
Daptomicina 4-

DESBRIDAMENT QUIRÚRGIC

Afavoreix l'evolució i redueix les complicacions

Limitació: presència de MAP, primer resoldre el component isquèmic o fer-ho de manera simultània

Eliminació teixit necròtic

Drenatge abscessos i material purulent

Desensostrar cavitats, tunelitzacions

Exèresi de tendons infectats

Drenatges



Desbridament quirúrgic afectació òssia

Anestèsia local si precisa

A través de l'úlcer

Raspat/resecció de cavitats sèptiques

S'obtenen mostres per a cultiu correctes

Drenatges

Evitar **AMPUTACIÓ**



Desbridament quirúrgic afectació òssia



DESCÀRREGUES

Provisionals: úlçera, feltres adhesius

Definitives: úlçera cicatritzada, evitar reulceració

Suports plantars

Ortesi silicona (descàrregues digitals)

Pròtesi

Calçat

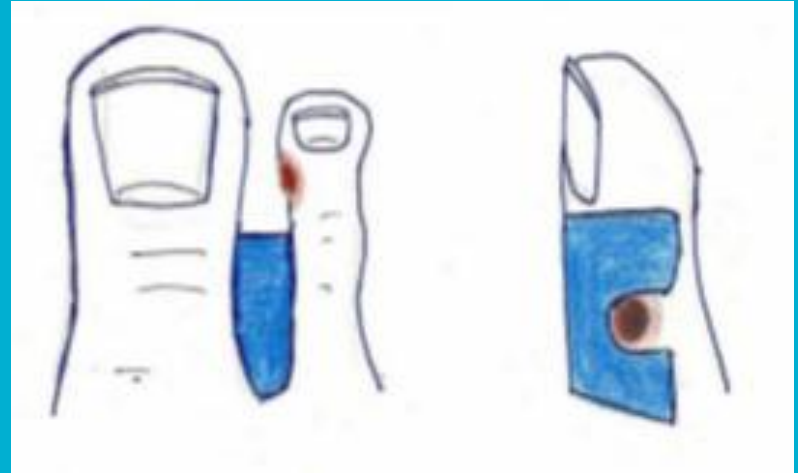
Feltres adhesius

- Gruixos: 0.5 cm, 1 cm
- Contraindicacions:
 - úlceres isquèmiques
 - úlceres infectades, profundes o amb edemes

Feltres adhesius

—

DITS



Feltres adhesius



Feltres adhesius

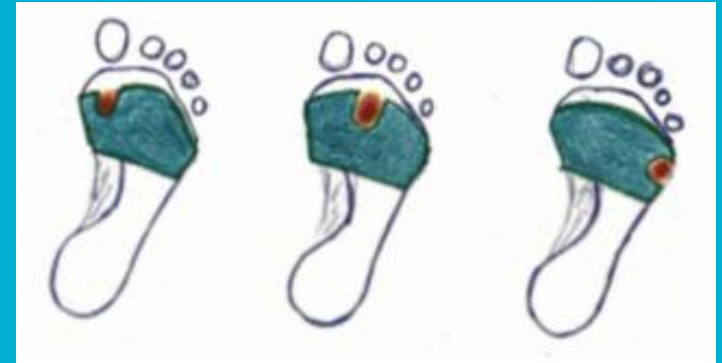


Feltres adhesius



Feltres adhesius

CAPS METATARSALS



Feltres adhesius



Feltres adhesius



Feltres adhesius



Feltres adhesius



Feltres adhesius



Feltres adhesius

—

CARA PLANTAR

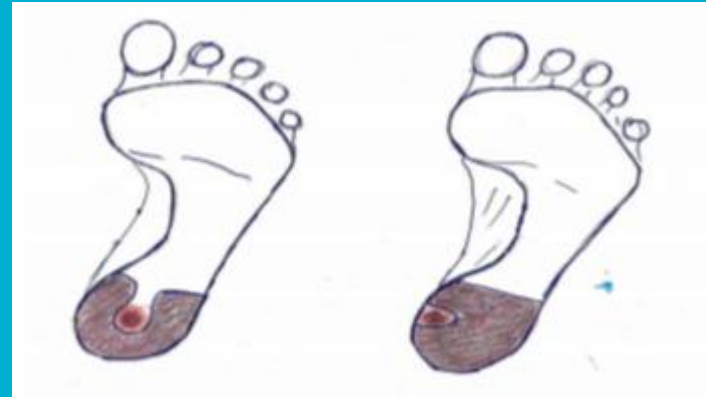


Cara plantar



Feltres adhesius

TALÓ



Feltres adhesius

—
PROMINÈNCIES ÒSSIES



Plàstic cast



Plàstic cast



Calçat de descàrrega



Que fer davant una úlcera?

CONTROL MÈDIC
ENDOCRINOLÒGIC

EDUCACIÓ DIABETOLÒGICA

EDUCACIÓ DIABETOLÒGICA

Tenir en compte:

El grau d'autonomia del pacient

La capacitat d'aprenentatge

La visió

La flexibilitat articular

Factors personals i socials (edat avançada, aïllament social, problemes socioeconòmics)

Recomanacions generals

Inspecció diària dels peus i de la sabata

Higiene diària

Hidratació

Cuidat de les ungles

No utilitzar queratolítics, ni càustics, per a tractar les hiperqueratosi

No utilitzar instruments tallants

Evitar focus de calor (brosses d'aigua calenta, estufes, etc.)

Recomanacions sobre el calçat

El 80% de les complicacions estan causades per l'ús d'un calçat inadequat



Recomanacions sobre el calçat

- Pell natural, superfícies interiors llises, sense costures, contrafort rígids laterals i taló, amortiment taló, lleuger
- Pala àmplia i alta, licra
- Ample: de 14 a 16
- Puntera (balancí), no estreta
- Tacó: 2-3 cm, estable
- Sola antilliscant, no massa gruixada
- Acordonat: velcro, cordons



Recomanacions sobre el calçat

- Suports plantars: capacitat interna suficient
- Revisar periodicament per evitar desgastes, deformacions o ruptures
- Inspeccionar a diari presència d'objectes estranys
- Provar-los a la darrera hora del dia



Recomanacions sobre el calçat



Recomanacions sobre el calçat



Moltes gràcies!

—

