



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Resumen sobre el pie de Charcot”

Materia:

Medicina física y de rehabilitación.

Docente:

Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

5° “A”

PIE DE CHARCOT

Se define como una artropatía degenerativa crónica progresiva que afecta a una o más articulaciones periféricas que se desarrolla como resultado de una falla en la percepción sensorial normal (dolor y propiocepción) en la inervación de las articulaciones.

Factores de riesgo y causas

La diabetes mellitus y la neuropatía periférica son los principales factores de riesgo de la neuroartropatía en el pie y el tobillo. Los niveles elevados de glucosa en sangre de forma crónica (hiperglucemia) están asociados a eventos de desintegración ósea y al trauma que la precede.

El control de los niveles de glucosa es crítico en el manejo de una persona diabética y en el seguimiento de una dieta adecuada y ejercicio. Mantener un control estricto de los pacientes de alto riesgo y saber reconocer los primeros signos de artropatía de Charcot en personas con diabetes implica enseñarles a tener un cuidado adecuado e inspección diaria de los pies y el control cuidadoso de la glicemia.

Signos y síntomas La progresión del pie de Charcot puede ocurrir en cuestión de semanas o meses. Un trauma menor como la torsión o esguince del pie y tobillo, aunado a la pérdida de la percepción del dolor y posición del pie puede dar lugar a lesiones repetitivas en una o más articulaciones ocasionando la fragmentación y destrucción de las mismas

Cuadro agudo

La apariencia clásica del pie de Charcot en la etapa aguda es un pie con edema considerable, piel caliente, brillante eritematosa, deformidad con retropié en valgo y el antepié relativamente indoloro y si el edema lo permite los pulsos son palpables, se observa hipermovilidad de las articulaciones fracturadas y es posible que se presenten úlceras que pueden complicarse con una infección superficial o profunda.

Las radiografías pueden mostrar una zona de colapso óseo, aunque el episodio inicial consiste solamente en microfracturas y el único dato clínico es el derrame articular. El hueso presenta esclerosis y osteopenia y puede estar fragmentado, por lo que debe hacerse el diagnóstico diferencial con una osteomielitis.

Etapa I. Desarrollo y fragmentación.

Se caracteriza por destrucción y fragmentación ósea, con hiperemia y cambios tróficos en la piel y la duración es de 3 a 4 meses. El pie se encuentra tumefacto rojo y caliente, simulando una celulitis o un proceso infeccioso. En esta etapa los rayos X pueden ser normales o se observarán los huesos escleróticos o fragmentados con luxaciones periarticulares, por lo que es posible que se confundan con un proceso infeccioso.

Exámenes de laboratorio: la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva estará elevada en ambos casos; sin embargo, el paciente con artropatía no presentará la descompensación metabólica que es característica en pacientes diabéticos con una infección activa. Cuando las articulaciones se encuentran en la etapa infl amatoria pueden ser indicativas de punción para obtener un cultivo, para hacer el diagnóstico diferencial, debe siempre tenerse en cuenta el riesgo que implica

la punción como posible factor que propicia una infección, sobre todo si se trata de una neuroartropatía, debido a que podemos empeorar el pronóstico. La gammagrafía es positiva en ambos procesos, los leucocitos marcados con Indio son indicativos de la artropatía.

Etapa II. Coalescencia:

Se caracteriza por ser la etapa de inicio de la reparación ósea, su duración es de 8 a 12 meses. Clínicamente encontramos la desaparición progresiva del rubor, edema y calor local. Los rayos X demuestran: neoformación ósea, reacción perióstica con coalescencia, puentes óseos y consolidación interfragmentaria.

Etapa III. Consolidación

Se caracteriza por la consolidación ósea, generalmente con deformidad residual. Clínicamente desaparece el aumento de temperatura comparado con el miembro ipsilateral y puede persistir la tumefacción. Desde el punto de vista radiológico se observa remodelación ósea, extremos redondeados de los fragmentos óseos y disminución de la esclerosis. El pie presenta marcado descenso de la bóveda plantar, ensanchamiento con prominencias óseas en la región plantar y en los bordes interno y externo que pueden dar lugar a la aparición de úlceras plantares. El diagnóstico y tratamiento oportuno de un pie inestable disminuirá el riesgo de formación de exostosis que provoquen úlceras que lleven a infección ósea y que al complicarse terminen en la pérdida de la extremidad.

Síntomas

- Inflamación y aumento de volumen significativo que pueden ocurrir sin una lesión aparente debido a la acumulación de líquido en las articulaciones de los huesos subyacentes
- Enrojecimiento al inicio.
- Aumento de la temperatura local, calor, particularmente en las primeras etapas.
- Deformidades de los dedos, pie plano, pie en mecedora, etc.
- Úlceras crónicas abiertas a través de la piel.
- Inestabilidad articular.

Alteraciones en los rayos X: pérdida de la alineación ósea, ya sea por fractura o luxación. Colapso de los huesos del tarso, se manifiesta como un pie en «mecedora», estas exostosis pueden ocasionar callos y úlceras debido a la irritación crónica de la piel. Los cambios radiológicos que ocurren en el hueso pueden confundirse con una infección ósea u osteomielitis.

Calzado

Después de controlar la inflamación y detener la destrucción ósea para evitar la recurrencia o ulceración en deformidades posteriores debe utilizarse calzado especializado, hecho a la medida, botas o zapatos comerciales para pie diabético que están diseñados para disminuir el riesgo de la aparición de úlceras, debe tenerse en cuenta que para este tipo de pies no es adecuado el zapato normal.

Tratamiento médico

Se basa en la prevención de complicaciones en primer lugar la extremidad lesionada debe ponerse en reposo, quitándole peso, lo que evitará la aparición de nuevas fracturas y úlceras en la piel. Descargar el peso del miembro lesionado en la fase aguda de la enfermedad es el principal factor preventivo para detener la progresión de la deformidad.

Lo ideal es que el pie debe ser inmovilizado en un aparato de yeso de contacto total que se revisará y reemplazará inicialmente cada semana, la reducción del edema es notable durante las primeras semanas, el aparato deberá cambiarse con la frecuencia necesaria para que ajuste correctamente, ya que al disminuir el edema éste se aflojará, ocasionando roce con la piel y aparición de úlceras, el paciente deberá, de ser posible, utilizar muletas o silla de ruedas para evitar la sobrecarga en el lado sano.

La inmovilización se continúa hasta que haya desaparecido la inflamación y la temperatura del pie afectado se encuentre a 2 oC de la del pie contralateral.

Puede entonces indicarse una bota premoldeada o de tipo comercial para que el paciente pueda caminar con la misma. Debe revisarse periódicamente tanto el pie afectado como la bota o molde escogido para evitar lesiones y úlceras en la piel que pudieran ocasionar estos dispositivos, también debe alertarse al paciente sobre el riesgo de caídas y fracturas debidas a la inestabilidad como resultado de múltiples comorbilidades, incluyendo la pérdida de la propiocepción y la hipotensión postural.

La fisioterapia es a menudo útil en la corrección de los desequilibrios musculares, pues aumenta la fuerza y disminuye la tasa de contracturas de los músculos específicos involucrados. Cuando los desequilibrios musculares no ceden con la fisioterapia, deben tratarse mediante cirugía.