

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA**

“RESUMEN PIE DE CHARCOT”

**MATERIA:
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**DOCENTE:
DR. ANTONIO DE JESUS PEREZ AGUILAR**

**ALUMNOS
ALAN DE JESÚS MORALES DOMINGUEZ**

5º “A”

OCTUBRE/2020

La artropatía neuropática es uno de los trastornos degenerativos de las articulaciones de mayor interés, cada vez más comunes dentro de la patología ortopédica. 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.

Sin embargo, el diagnóstico de artropatía neuropática puede hacerse solamente con la presencia de un desorden neurológico subyacente. La neuropatía diabética es una patología que afecta al sistema musculoesquelético; en casos avanzados, la afección puede ser traumática (microtraumatismos crónicos o un episodio agudo) y originar inflamación, que aunada a la sobrecarga, causa destrucción ósea y articular.

Los pacientes con artropatía neuropática (pie de Charcot) presentan neuropatía severa con adecuada vascularidad, que causa aumento de volumen, cambios en la textura y coloración, aumento de la temperatura. Inicialmente, son mal diagnosticados y, con frecuencia, puncionados, lo que permite la entrada a microorganismos que pueden causar infección. La historia natural de la enfermedad sugiere cuatro fases;

la primera fase (0) consiste en un traumatismo agudo en el paciente con una neuropatía avanzada, cuya causa puede ser metabólica, infecciosa, hepática, neurológica o congénita; puede evolucionar, según Eichenholtz, a fase I (inflamatoria).

La fase I (Inflamatoria) consiste en edema, eritema, aumento de la temperatura y, en ocasiones, dolor; si el proceso continúa y el mal control metabólico persiste, las articulaciones se fragmentan y lisan el hueso, la inflamación aumenta y da origen a una fase II.

La fase II (de fragmentación); este proceso puede pasar desapercibido, durar de ocho a 12 meses y continuar a una fase III.

fase III (consolidación), en la que inicia el proceso de reparación, desaparece el rubor, disminuyen el edema y el calor; radiográficamente, cesa la fragmentación y el desplazamiento articular, aparece formación ósea y remodelación según la carga; queda una deformidad residual y puede durar de 18 a 24 meses.

Esta patología es de difícil diagnóstico. Basados en la teoría mecánica, debemos considerar la fase prodrómica posterior a un traumatismo; cuando está en fase I, pasa desapercibida y la continua sobrecarga de la extremidad ocasiona pérdida del balance de la musculatura extrínseca del pie.

La retracción del tendón de Aquiles ocasiona horizontalización del calcáneo, aplanamiento del arco longitudinal interno y sobrecarga en el tarso y metatarso, lo que causa deformidad del pie en mecedora, generalmente con prominencias óseas; esto da origen a áreas de hiperpresión que pueden evolucionar a úlceras y hacer más difícil el tratamiento.

El abordaje requiere manejo multidisciplinario, siendo el ortopédico el de mayor importancia para la preservación de la extremidad; su objetivo es tener un apoyo plantígrado como prevención de úlceras y evitar la amputación, tratamiento usual en esta enfermedad.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

De acuerdo con la Asociación Americana de la Diabetes, más de 25 millones de personas en Estados Unidos tienen esta enfermedad, alrededor de 8% de la población también la padece y no está diagnosticada. De 60-70% de las personas con diabetes desarrollan daño en los nervios periféricos y hasta 29% de estos pacientes pueden presentar artropatía de Charcot.

En la mayoría de los casos esta complicación es tardía, por lo general aparece después de que el paciente ha padecido diabetes durante un largo período. El paciente típico se presenta con obesidad mórbida, con tiempo de evolución de 10 o más años y sufre de neuropatía caracterizada por insensibilidad en las pruebas clínicas.

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 SINTOMAS

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.

- 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.

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 hiper movilidad de las articulaciones fracturadas y es posible que se presenten úlceras que pueden complicarse con una infección superficial o profunda.

PREVENCIÓN

Todavía no está muy claro por qué sólo algunos pacientes con diabetes desarrollan neuroartropatía y otros no, también sería interesante saber la causa por la que un paciente con artropatía la desarrolla sólo en una de las extremidades.

Los pacientes con artropatía de Charcot deben siempre ser evaluados en busca de un desequilibrio muscular, sobre todo cuando se trata de una deformidad en equino, que se define como la limitación de la dorsiflexión del tobillo menor a 10°.

Con la rodilla extendida y la articulación subastragalina en posición neutra cuando el paciente utiliza zapato normal (compensando la altura del talón). En estos pacientes se recomienda realizar una tenotomía proximal del gastrocnemio medial para evitar las complicaciones de la artropatía de Charcot.

PRONOSTICO

El objetivo de todo tratamiento es lograr un pie plantígrado, estable y funcional; pese a lograr este fin, la mayoría de los pacientes con pie de Charcot no serán capaces de reanudar muchas de las actividades cotidianas. Los pacientes con diabetes mellitus deben controlar estrictamente sus niveles de azúcar en la sangre y las lesiones en los pies, ya que de no seguir las indicaciones es probable que se presente la recurrencia de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Vázquez-Gutiérrez M, Mangas-Cruz MA, Cañas García-Otero E, Astorga-Jiménez R: Neuroartropatía diabética en fase aguda: un dilema diagnóstico. A propósito de dos casos y revisión de la bibliografía. Rev Clin Esp. 2005; 205(11): 549-52.
- Aguilera-Cros C, Povedano-Gómez J, García-López A: Neuroartropatía de Charcot. Reumatol Clin. 2005; 1(4): 225-7.
- Schinca N, Álvarez J: Artropatía neuropática o pie de Charcot. Biomedicina. 2012; 7(1): 44-50.
- Del Castillo-Tirado RA, Fernández-López JA, del Castillo-Tirado FJ: Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos de Medicina. 2014; 10(2:1): 1-17
- Milera-Rodríguez J, Solís-Cartas U, Gil-Armenteros R, GuanchoHernández M: Artropatía de Charcot y osteomielitis en un paciente diabético. Rev Cuba Reumatol. 2014; 16(2): 235-9.