



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**ARTICULACION DE CHARCOT**

---

**DOCENTE: Dr, Antonio De Jesús**

**ALUMNA: Diana Laura Abarca Aguilar #1**

**MATERIA: Medicina física y de rehabilitación**

**CARRERA: MEDICINA HUMANA**

**SEMESTRE: 5 "A"**

**FECHA: 11 de Octubre del 2020**  
**Comitán de Domínguez, Chiapas**

## ARTICULACIÓN DE CHARCOT

La articulación de Charcot, artropatía neurógena o artropatía neuropática, se caracteriza por luxación, fracturas y deformidades progresivas, que resultan en la destrucción progresiva ósea y de las partes blandas de las articulaciones de carga de peso, generalmente del tobillo y del pie. Se puede presentar como resultado del daño a los nervios en los pies debido a la diabetes o a otras lesiones en los nervios.

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.

El daño a los nervios, o neuropatía, conduce a la pérdida de sensibilidad en los pies. 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. La diabetes es la causa más común de este tipo de daño a los nervios. Este daño es más frecuente en personas con diabetes tipo 1. Cuando los niveles de azúcar en sangre son altos durante mucho tiempo, ocurre tanto daño a los nervios como a los vasos sanguíneos en los pies.

El daño a los nervios hace que sea difícil notar la cantidad de presión en el pie o si está siendo presionado. El resultado es lesiones pequeñas y persistentes en los huesos y los ligamentos que brindan soporte al pie.

Otros factores que provocan daño en los pies incluyen: El daño a los vasos sanguíneos debido a la diabetes puede incrementar o cambiar el flujo sanguíneo a los pies. Esto puede provocar pérdida ósea. Los huesos debilitados en el pie aumentan el riesgo de fractura. Una lesión en el pie indica que el cuerpo produce más químicos que causan inflamaciones. Esto contribuye a la hinchazón y a la pérdida ósea. 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.

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. En la fase aguda es de suma importancia descartar una infección. El diagnóstico se basa en la interpretación adecuada de la historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio como biometría hemática completa con diferencial, química sanguínea y rayos X simples de la extremidad afectada. Si se detecta infección activa el paciente puede necesitar hospitalización. La fase aguda termina cuando se cumplan las siguientes condiciones: el pie recupera la temperatura normal, resolución del edema y no se observa hipermovilidad en las articulaciones.

El 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.

#### Bibliografía:

Gavito, G. L. (2016). La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Scielo .