

PIE DE CHARCOT: UN DIAGNOSTICO TARDIO

Viadé Julià, Jordi^(a-d). Pérez Andrés, Ricard^(a-b). Simón Pérez, Eduardo^(a-e). Nicolás Piera, Maria^(d).
Sirvent González, Marc^(a-c-d). Madirolas Alonso, Xavier^(a-f). Riera Hernández, Clàudia^(a-b).

Profesor máster en diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Universidad Autónoma de Barcelona^(a). Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona^(b). Hospital General de Granollers^(c). Clínica de Peu Diabètic, Sabadell (Barcelona)^(d). Hospital Recoletas Felipe II, Valladolid^(e). Parc Hospitalari Martí Julià, Girona.^(f)

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 61 años, empleado de banca, que presenta inflamación y deformidad en el pie derecho desde hace siete meses. Explica que hace un mes ha sido diagnosticado como probable pie de Charcot. Es derivado para seguimiento y valorar ortesis.

ANTECEDENTES

Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado en el 2006, en tratamiento con Metformina. Último valor de HbA_{1c} de 10.2%.

Sin alergias conocidas, exfumador sin otros hábitos tóxicos.

Como complicaciones microvasculares presenta:

- Retinopatía diabética no proliferativa leve en ambos ojos.
- Polineuropatía diabética
- Últimos valores de creatinina de 0.72 mg/dL, FG >90 ml/min.

Desde hace siete meses que acude a su hospital de referencia por inflamación y deformidad del tobillo del pie derecho; (Fig. 1) Ha recibido tratamiento antibiótico (Amoxicilina/Acido clavulánico) durante un mes sin observar ningún tipo de mejoría. Durante este tiempo tuvo que realizar un viaje a Estados Unidos por motivos familiares y le aconsejaron andar pues le dijeron que era una forma de mejorar la inflamación del pie.

Hace 4 semanas visitó a un traumatólogo y le prescribió una férula bivalva (Fig. 2 Crow Walker) ya que posiblemente se trataba de un pie de Charcot. Aporta varias radiografías, un análisis de sangre y un informe de urgencias de hace un año, debido a que tuvo molestias en el pie derecho tras una caminata.



Fig. 1



Fig. 2

Solicitamos informe a nuestro especialista en diagnóstico de imagen sobre las radiografías realizadas en urgencias hace 1 año e informadas como normales.

Informe: No se observan anomalías, si bien como las proyecciones son (AP y oblicua interna) podría pasar desapercibida una lesión incipiente en el calcáneo, que se distinguiría mejor en una proyección lateral (Figs. 3-3a).



Fig. 3



Fig. 3a

Vemos las otras radiografías, estas son de hace 6 meses, y se informaron como normales. Solicitamos a nuestro especialista en diagnóstico de imagen el informe: En la proyección oblicua interna, se observa claramente la fractura de calcáneo (*flechas*) (Fig. 4). La proyección AP, se podría considerar como normal, pero existe una pequeña imagen de fractura cortical lateral y un discreto aumento del espacio articular calcáneo-cuboides, comparado con el espacio articular astrágalo-escafoides, en relación a la fractura (*flechas*) (Fig. 4a)



Fig. 4



Fig. 4a

EXPLORACIÓN

Peso 72 Kg 1'81 m.

Pulsos femorales, poplíteos, tibial posterior y pedios simétricos y presentes.

Sensibilidad palestésica, barestésica y algésica ausentes.

No presenta úlcera.

Deformidad del tobillo del pie derecho, ligeramente en valgo, con edema, cambio de coloración de la piel, y aumento de la temperatura local (2'8° C) en torno a la articulación del tobillo.

Atrofia muscular y asimetría con el lado contralateral.

Sin signos sistémicos de infección. No manifiesta dolor.

Valoración del rango articular del pie: Bloqueo en la dorsiflexión del tobillo y articulación de Chopart.

Análisis sangre: 7.100 leucocitos, Hb 13,7 g/dL, Hto 39,9%, VCM 90, fl plaquetas 240 000.

Quick 66%, TTPA 27 seg, Fibrinógeno 1099 mG7DI. Bioquímica: Glucosa 321 mg, 7dL, Urea 44 mg/dl, Creatinina 0,68 mg/dl, Na 134 mmol/L, K 4,3 mmol/L, Bilirrubina 1,54 mg/dL, FA 120, ALT 40, GGT 126, PCR 32 mg/L.

Se realizan nuevas radiografías (Figs. 5-5a), que muestran la gran destrucción existente en la articulación subastragalina con luxación de las articulaciones astrágalo-escafoidea y calcáneo-cuboidea y fragmentación ósea con desplazamiento.



Fig. 5



Fig.5a

EVOLUCIÓN

Siguió con la férula crow Walker durante 4 meses (hasta disminuir la inflamación), realizando controles cada 2 semanas para ver el estado de la piel, control de la temperatura y de la deformidad. Posteriormente se realizó un soporte plantar, a base de etilvinilacetato, espuma de poliuretano y contención con espuma de polietileno reticulado. No había picos de presión plantar. Para compensar la flexión dorsal de 8° se realizó alza interna de 10 mm hasta el medio pie, además de un balancín en la parte anterior externa de la bota (Fig. 6) para equilibrar esta falta de movimiento en la articulación del tobillo. El paciente prefirió utilizar bota de montaña (muy acolchada) ya que le prestaba una mejor sujeción del pie.



Fig. 6

Estado del pie y radiografía al cabo de 10 meses. (Figs. 7 7a 7b)



Fig. 7



Fig.7a



Fig. 7b

CONCLUSIONES

1. El retraso en el diagnóstico contribuyó a una mayor deformidad.
2. Es fundamental realizar las proyecciones radiográficas correctas y la interpretación de las mismas por un especialista con experiencia y en caso de duda solicitar una exploración con más especificidad.
3. La artropatía en la articulación del tobillo es a menudo secundaria a pequeños traumatismos que no se consideran importantes y radiológicamente pueden ser normales en un inicio.
4. Continuar caminando, provocó un mayor traumatismo sobre el área lesionada y a consecuencia, la fragmentación ósea y asimetría.
5. En las artropatías de tobillo el calzado abotinado es el que confiere mejor sujeción.
6. Siempre se tiene que compensar la asimetría, mediante alzas internas o externas en el calzado.