

424/1622 - DEDO ROJO EN PACIENTE DIABÉTICA

L. Bea Bergés¹, S. Vera de Pedro², T. Kakiashvili³ y M. Ruiz de Austri Fuente⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Alfaro. Logroño. La Rioja. ²Médico de Familia Centro de Salud Rincón. Logroño. La Rioja. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Rincón de Soto. Logroño. La Rioja. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Calahorra. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 57 años. Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 de quince años de evolución, hipertensión arterial primaria, dislipemia y obesidad. En tratamiento con Insulina glargina 80 Unidades subcutánea, metformina-vildagliptina 1.000-50 mg/24h, empaglifozina 10 mg/24h, candesartán-hidroclorotiazida 16-12,5 mg/24h, atorvastatina-ezetimiba 10-20 mg/24h. Acude a consulta por inflamación, rubor y calor de primer dedo de pie derecho donde presenta pequeña herida superficial considerándose como puerta de entrada de foco infeccioso. Se inicia antibioterapia con amoxicilina-ácido clavulánico 875-125 mg cada 8 horas durante 7 días. Ante la escasa mejoría se pauta sulfametoxazol-trimetoprim 800-160 mg cada 12 horas durante 10 días. Tras tratamiento persiste la clínica y además asocia laxitud e inestabilidad dorsal de primer dedo. Niega traumatismo previo. Durante todo el proceso no ha manifestado dolor. Ante los nuevos hallazgos y la escasa mejoría, se remite a urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Aumento de volumen en dorso medial del pie derecho con predominio de primer y segundo dedo donde se aprecia puerta de entrada no supurativa. Movilidad aumentada de primer dedo con inestabilidad dorsal. Calor y eritema concomitante. Radiografía pie derecho: Luxación dorsal de articulación metatarsofalángica de primer dedo. Valorada por servicio de traumatología intentan reducción parcialmente satisfactoria. En radiografía posmanipulación se aprecia subluxación de articulación metatarsofalángica de primer dedo. En segunda articulación metatarsofalángica se aprecian signos incipientes de desplazamiento medial y subluxación dorsal.

Orientación diagnóstica: Artropatía de Charcot estadio I (según clasificación de Eichenholtz).

Diagnóstico diferencial: Artropatías infecciosas (artritis séptica, osteomielitis, celulitis); artropatías inflamatorias (gota, condrocalcinosis).

Comentario final: La artropatía de Charcot es una enfermedad progresiva de las articulaciones, mayormente del tobillo y del pie, que se caracteriza por un edema no doloroso de la región con posterior deformación de esta. Se considera una enfermedad infradiagnosticada por la dificultad de la sospecha clínica, pero tiene mayor incidencia en pacientes diabéticos con mal control metabólico y aparición de complicaciones neurovasculares. El tratamiento más eficaz es la inmovilización de la articulación afectada e impedir la carga del pie junto con rehabilitación progresiva. Conviene derivar al paciente a una unidad de traumatología especializada en pie para evaluar la progresión de la enfermedad.

Bibliografía

1. Manalbens Sant O, Martínez Sala R. Artropatía de Charcot. AMF. 2018;14(8):466-73.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Artropatía de Charcot.