SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

sare
Sociedad Asturiana de Reumatología

MUJER DE 23 AÑOS CON DOLOR EN TOBILLOS

Estefanía Pardo Campo. Servicio de Reumatología. HUCA

Junio 2018

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 23 años.
- Natural de Oviedo. Trabaja como comercial
- DM tipo 1(4 años) mal controlada→ Retinopatía diabética no proliferativa
- Diarrea crónica asociada a disbacteriosis.
- A. familiares : Madre con AR FR+ ACPA+. Tía Enfermedad de Crohn

ENFERMEDAD ACTUAL

1ª VISITA

Oligoartritis rodilla y tobillo **izquierdos** aditivos

15 días de evolución → sin factor desencadenante.

- Anamnesis: No datos compatibles con AR, SpA ni conectivopatías.
- EF: Sinovitis de tobillo y rodilla izquierda, no otras áreas afectadas.
- PCR 3,1 resto normal.
- Tto: Vimovo y celestone IM

ENFERMEDAD ACTUAL

2ª VISITA

15 días

Sinovitis ambos tobillos y mediopié + placa eritemato-violácea en maleolo interno de pie derecho.





PPCC: **Normales o negativos**

- Hemograma, bioquímica
- FR, ACPA, ANA, HLA-B27
- Serologías, TSH, Ig, C3, C4
- Radiografías tórax, pelvis, manos y pies.

PLAN

- Prednisona 10mg
- ECA, TACAR



ENFERMEDAD ACTUAL

20 días

Empeoramiento tobillo derecho con sinovitis, **intenso dolor, limitación** y **rotura** espontánea lesión ampollosa. No fiebre.

3ª VISITA
¿Artritis séptica?

INGRESO

- Cloxacilina + Ceftriaxona IV
- RMN Tobillo derecho





INGRESO

EF

- Edematización sin fóvea hasta región infrarotuliana
- Sinovitis ambos tobillos y mediotarsianas.
- Dolor MTF bilateral.

PPCC

- HG: mínima leucocitosis con Dizq.
- BQ: Glucosa 488, ECA 70
- PCR 3,5 mg/dL, VSG 54 mm/h, PCT negativa.
- Proteinograma: Inflamación aguda
- TACAR: Normal
- EMG: Polineuropatía sensitivo motora predominio distal y sensitivo compatible con etiología metabólica.

LIQUIDO SINOVIAL TOBILLO

350.000 hematíes, 588 células nucleadas, sin consumo glucosa.

Cultivo negativo

20 DÍAS







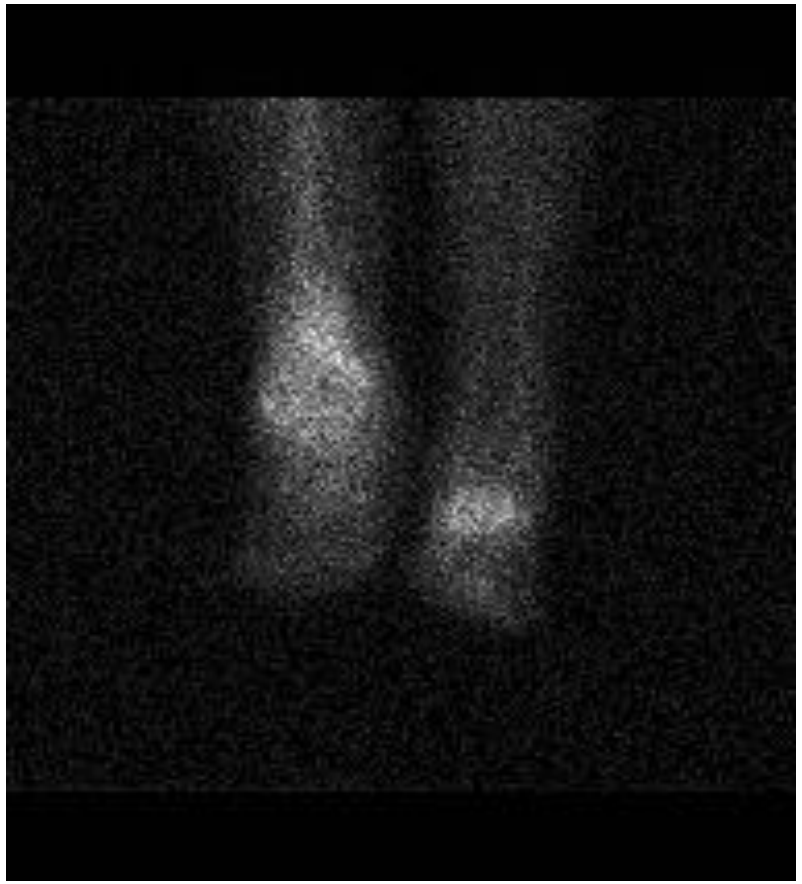


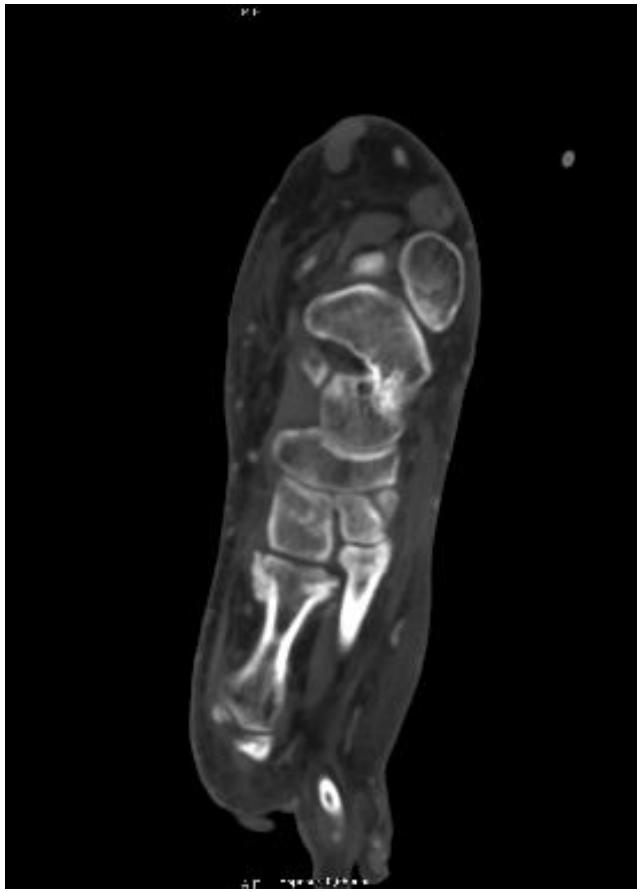




NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT

Artropatía neuropática destructiva atrófica sin componente infeccioso en tobillo **derecho** junto con artropatía mediotarsiana **izquierda**.



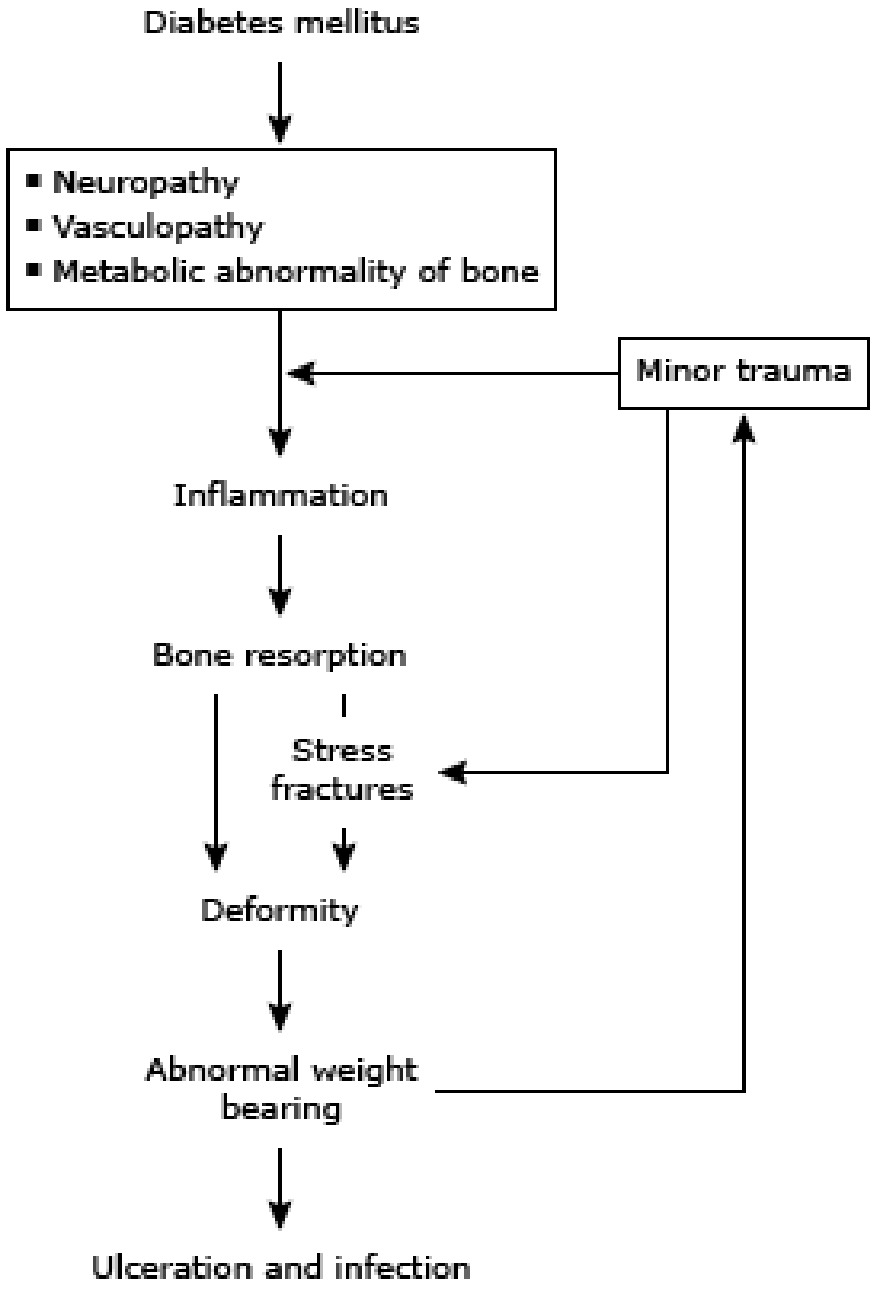




Neuroartropatía de Charcot aguda rápidamente progresiva
vs
Osteomielitis con severa destrucción ósea

NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT PATOGENIA

- DIABETES MELLITUS, siringomielia, alcoholismo, tabes dorsal, mielomeningocele.
  - 5ª- 6ª década
  - V=M
  - Prevalencia 0,8 – 1,1 %. Bilateral 9-35 %



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

INICIO BRUSCO
Tumefacción y eritema unilateral +/- antecedente de traumatismo menor.

PROCESO LENTO
Artropatía + tumefacción episodios agudos recurrentes.

Lisfranc 60%, subastragalina y mediotarsiana 30%, tobillo, calcáneo y antepie

35% → ulceración en el pie

20% → osteomielitis.



ETAPAS: EICHENHOLTZ (1966)



Destrucción 3 - 4 meses.	Inicio reparación ósea 8-12 meses	Remodelación ósea

TRATAMIENTO



1. MEDIDAS DE DESCARGA
   - Fases iniciales → resolución eritema y tumefacción.
   - Tratamiento elección: Muletas e inmovilización
   - Fases avanzadas: botas ortopédicas
2. INHIBIDORES DEL RECAMBIO ÓSEO
   - Beneficiosos en casos de dolor intenso.
   - Pamidronato, zoledrónico, alendronato y calcitonina.
3. REPARACIÓN QUIRÚRGICA:
   - Fases crónicas o agudas si afectación de tobillo
   - Eliminación de las exóstosis, alargamiento del tendón de Aquiles y artrodesis


GRACIAS