

ARTROPATÍA DE CHARCOT, siempre un reto quirúrgico: A PROPÓSITO DE UN CASO INUSUALMENTE PRECOZ



FUENTES-SÁNCHEZ J.¹, VILLANUEVA P.² y DURÁN D.³

Unidad de Pie y Tobillo. Servicio de Traumatología y Ortopedia
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

¹ Médico Interno Residente en Cirugía Ortopédica y Traumatología; Correspondencia del autor: jfsfuentessanchez@gmail.com

² Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Pie y Tobillo

³ Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Miembro Superior

INTRODUCCIÓN

- La Artropatía de Charcot es una complicación poco común pero potencialmente devastadora del paciente diabético.
- Debuta habitualmente en la 5ª-6ª década de la vida.
- En el tobillo la deformidad suele ser progresiva y difícil de controlar, pudiendo provocar úlceras e infecciones con riesgo de amputación.
- Dada su complejidad existe una falta de consenso en el tratamiento quirúrgico más adecuado diferenciándose principalmente la fijación interna, la fijación externa y la fijación híbrida.



OBJETIVOS

Presentar un precoz caso de artropatía de Charcot tipo IV de Brodsky tratado mediante fijación híbrida con clavo intramedular y fijador externo TSF mostrando los resultados clínicos y complicaciones derivadas de esta compleja intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diabético tipo I de 28 años que debuta con deformidad y tumefacción en pie y tobillo izquierdo remitido a nuestra consulta tras dos años siendo tratado por linfedema (FIG 1).
- La exploración física y las pruebas complementarias muestran una artropatía de Charcot con afectación principal de la articulación tibioastragalina, y también Chopart y mediopié (Lisfranc y escafocuneana) Brodsky IV en estadio II de Eichenholtz (FIG 2).
 - Se realizó una artrodesis de tibia-calcánea mediante un clavo intramedular retrógrado añadiendo un fijador externo circular buscando estabilizar y evitar deformidades residuales del mediopié y aumentar la estabilidad del montaje (FIG 3).
 - Al iniciar la carga parcial sufre rotura de la aguja K y posteriormente aflojamiento del pin proximal del fijador externo retirándose la aguja e implantando dos nuevos pines más proximales (FIG 4).



Fig 1. Lateral de tobillo sin alteraciones.

Fig 2. Reconstrucción, AP y lateral de tobillo con Charcot en progresión

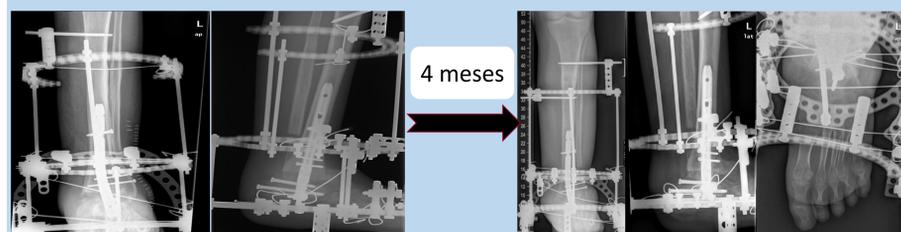


Fig 3. AP y lateral de tobillo tras fijación híbrida

Fig 4. Telerradiografía y lateral de tobillo y AP de pie tras las complicaciones

RESULTADOS

Tras dos años de seguimiento se objetiva:

- Artrodesis tibiocalcánea.
- Falta de consolidación franca de la articulación subastragalina sin signos radiológicos de osteólisis, fracaso del clavo o de los tornillos de bloqueo (FIG 5).
- Mejoría clínica y un pie plantirado y estable con uso de alza para compensar la discrepancia de longitud (FIG 6).



Fig 5. Radiografía AP de pie y AP y lateral en carga de tobillo en la que se objetiva un apoyo plantigrado satisfactorio, una falta de consolidación subastragalina



El paciente ha recuperado sus actividades de la vida cotidiana y trabajo habitual.

Fig 6. Foto clínica de resultado final tras dos años de seguimiento.

CONCLUSIONES

- El tratamiento de la Artropatía de Charcot debe tener como objetivo conseguir un pie estable para evitar úlceras e infecciones que lleven a una amputación, siendo específico para cada paciente.
- En casos agresivos y atípicamente precoces hay que valorar las posibilidades de todo el arsenal quirúrgico disponible.

CONFLICTO DE INTERESES: Declaro no tener ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado

