

Deformidad postraumática en un pie diabético

“De Lisfranc a Charcot”

A propósito de un caso

Antonio J. Ortega Betancor, Fernando Bañolas Rodríguez, José M. Monasterio Araco, Raquel R. Izquierdo García, Alejandro Vega Castelló
Servicio de Traumatología & Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria

OBJETIVO

El estudio de las lesiones traumáticas en el pie de un paciente diabético puede suponer un reto diagnóstico-terapéutico. La fractura-luxación de Lisfranc y el pie de Charcot varían en términos de tratamiento y evolución. Ambos deben tenerse en mente a la hora de abordar una lesión traumática compleja del pie diabético. Esta comunicación aporta el curioso caso de una paciente en la que concurren ambas entidades.

Fundamento

La lesión de "Lisfranc" describe una variedad de lesiones en la articulación tarsometatarsiana, se incluyen en éstas las ligamentosas, de fractura-subluxación o de fractura-luxación. Las lesiones suelen ser indirectas y, por lo general, resultado de una carga axial o una torsión en un pie con flexión plantar.

En esta paciente, el mecanismo lesional, soportando carga axial, infligida por su mascota, orientó el diagnóstico en este sentido y de forma consecuente se trató como tal inicialmente.

La tórpida evolución evidenciada a posteriori, provocó un replanteamiento del caso, tomando en consideración su condición de diabética y lo que luego probó ser una neuropatía periférica no diagnosticada previamente.

La artropatía de Charcot, por su parte, trata de una afección progresiva con cambios óseos y articulares, producidos de forma secundaria a la pérdida sensorial, propia de la neuropatía del diabético.

Su presentación se caracteriza por luxaciones articulares, fracturas patológicas a raíz o concomitantes a éstas y deformidad en consecuencia.

Fue descrita inicialmente como un proceso hipertrófico causado por una artritis destructiva. Se produce casi exclusivamente en el pie y el tobillo y su causa más frecuente es la diabetes con mal control.

El proceso etiopatogénico del pie de Charcot radica normalmente en un traumatismo o lesión, no percibidos, en un pie insensible. El cuadro empeora normalmente con la deambulación continuada.

El tratamiento no suele requerir de cirugía, precisando de inmovilización y descarga.

El tratamiento quirúrgico suele reservarse para las lesiones gravemente desplazadas o inestables.

RESULTADOS

Una paciente de 54 años consulta por dolor e impotencia funcional tras un episodio traumático en carga de su pie derecho. Es diagnosticada de fractura-luxación de Lisfranc, ingresándosele para tratamiento quirúrgico.

Completando su postoperatorio, es dada de alta. En su evolución, y a pesar de una mejoría inicial, se acusa un declive progresivo en el que, radiológicamente, se objetiva un fallo de osteosíntesis, destrucción articular y luxaciones en el mediopie. Durante este tiempo, la paciente niega dolor. Se solicita TC, que encuentra compatibilidad con artropatía de Charcot. Se decide programar reintervención, que incluye retirada del material de osteosíntesis, liberación y cruentación de estructuras, tenotomías de alargamiento y nueva fijación con tornillos canulados.

Tolerando correctamente el montaje quirúrgico, se decide alta a domicilio, comprobándose además el correcto control glucémico durante el ingreso.

Ulteriormente, la paciente ha evolucionado-aunque lentamente- de forma adecuada, habiéndose retirado inmovilización con Walker tras tres meses, recuperando deambulación, con las únicas incidencias de un cierto retraso de la consolidación inicial y dehiscencia parcial de las heridas, que precisó curas progresivas en consulta.

MATERIAL & MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente mujer de 54 años que, tras un episodio traumático sobre su pie derecho, es diagnosticada de fractura-luxación de Lisfranc. Se la trata de acuerdo con este diagnóstico, evolucionando de forma tórpida a posteriori, lo que puso de manifiesto el trasfondo de una lesión de Charcot.



CONCLUSIONES

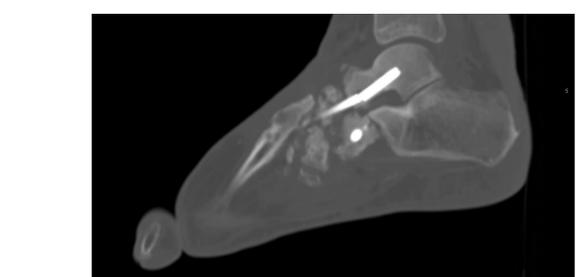
La artropatía de Charcot resulta una neuropatía compleja, frecuentemente asociada a la diabetes con mal control glucémico. Debe sospecharse soslayada ante una deformidad tipo luxación de Lisfranc, de inicio agudo, en un paciente de este tipo, con una presentación y evolución insidiosa. Su consideración dentro del diagnóstico diferencial, puede condicionar seriamente el pronóstico del cuadro.



1ª Cirugía, en sospecha diagnóstica de lesión de Lisfranc, y posterior fallo de ésta.



Cirugía de rescate



Fallo de la 2ª cirugía, previo al cambio de actitud terapéutica