

## Diabetes en imágenes

## Diagnóstico diferencial entre osteomielitis de pie y artropatía de Charcot aguda

### *Differential diagnosis between foot osteomyelitis and acute Charcot arthropathy*

M. Molina, J. García Jodar, R. Aliaga<sup>1</sup>, F.J. Ampudia-Blasco, J.T. Real, R. Carmena

Unidad de Referencia de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>1</sup>Unidad de Resonancia Magnética (ERESA). Servicio de Radiología. Hospital Clínico de Valencia

### Comentario

Varón de 58 años, con antecedentes de síndrome metabólico, obesidad de grado 2 de predominio abdominal (IMC 37 kg/m<sup>2</sup>; perímetro abdominal 101 cm), hipertensión arterial, dislipemia mixta y diabetes mellitus tipo 2 de más de 10 años de evolución, en tratamiento combinado con insulina premezclada aspart/aspart protamina 30/70 (0,69 UI/kg/día repartido en 2 dosis) y agentes orales (vildagliptina-metformina, 500/1.000 mg, 2 comprimidos al día). El control metabólico era habitualmente inadecuado (HbA<sub>1c</sub> del 10,5%) por falta de cumplimiento dietético. Como complicaciones microvasculares conocidas de su diabetes, presentaba nefropatía diabética, retinopatía no proliferativa y disfunción eréctil, que había sido tratada finalmente con la implantación de una prótesis peneana. Como enfermedades concomitantes presentaba un esófago de Barrett secundario a enfermedad por reflujo gastroesofágico y un síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP nocturna.

Clínicamente, el paciente refería una edematización progresiva del pie y del tobillo izquierdo de 6 meses de evolución, con dolor, disestesias tipo hormigueo con sensación de acorchamiento, y parestesias de predominio nocturno. No había presentado fiebre, ni afectación del estado general. No refería lesiones traumáticas previas en el pie, ni puerta de entrada aparente como heridas o

escoriaciones. Tampoco presentaba clínica previa de claudicación intermitente ni otra sintomatología. En la exploración clínica, se apreciaba un edema duro en el pie y en el tobillo izquierdo, hasta el tercio medio de la pierna, con eritema y un discreto aumento de la temperatura local, asociado a una gran deformidad con pérdida del arco plantar. Presentaba micosis interdigital y ungueal bilateral, sin otras lesiones. La sensibilidad propioceptiva, explorada con monofilamento y diapason calibrado, estaba claramente disminuida bilateralmente, con distribución «en calcetín», aunque era más intensa en el miembro inferior izquierdo. Además, se observaba una disminución de los reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo en ambas piernas. Los pulsos periféricos, pedio y tibial posterior eran palpables en el pie derecho, pero se encontraban disminuidos en el izquierdo. El índice tobillo-brazo derecho era normal (1,1), y no se pudo explorar en el miembro inferior izquierdo por la presencia de una gran edematización. Los parámetros biológicos indicativos de inflamación se encontraban dentro de la normalidad (leucocitos  $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$  con fórmula normal; hemoglobina 12,2 mg/dL; plaquetas  $202 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; proteína C reactiva 4,9 mg/dL; fibrinógeno 4,1 mg/dL; ferritina 49 ng/mL).

En la radiografía del pie izquierdo (figura 1), se constató la destrucción de las articulaciones entre las cuñas y bases de los metatarsianos, junto con alteraciones en la cabeza del segundo y tercer metatarsianos, hallazgos compatibles con una artropatía de Charcot, de predominio en la articulación de Lisfranc. Dada la persistencia de la sintomatología, se decidió realizar una resonancia magnética (RM) del pie para hacer el diagnóstico diferencial con una osteomielitis, a pesar de que los datos clínicos y biológicos no eran indicativos de un proceso infeccioso.

Fecha de recepción: 23 de enero de 2009  
Fecha de aceptación: 28 de enero de 2009

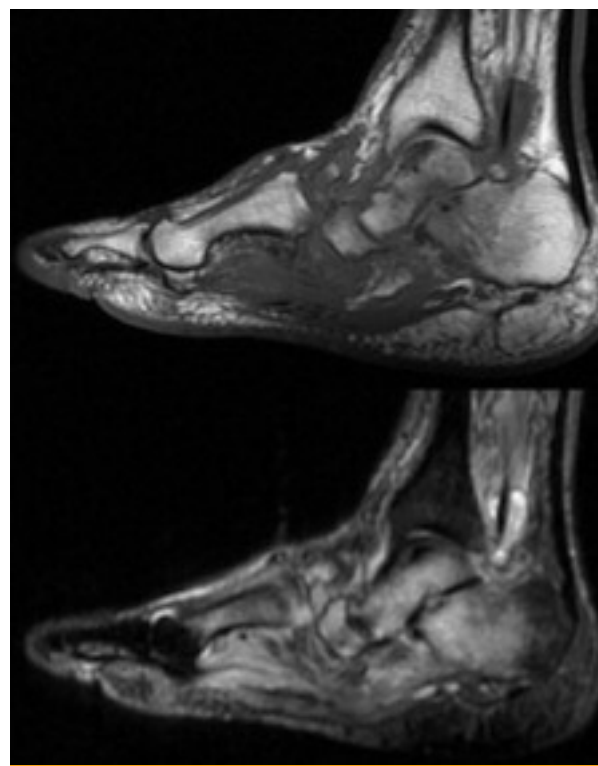
### Correspondencia:

M. Molina. Unidad de Referencia de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. Correo electrónico: damar2426@hotmail.com



**Figura 1.** Radiografía simple del pie izquierdo

La RM mostró un colapso de la bóveda plantar con desestructuración del mesopié, cambios inflamatorios con edema óseo en los huesos del retropié y el mesopié, y afectación de partes blandas, compatible con la presencia de osteomielitis (figura 2). Ante el diagnóstico de osteomielitis aguda en pie diabético, se inició antibioterapia combinada intravenosa con ciprofloxacino y clindamicina, junto con descarga del pie. El paciente presentó una evolución favorable, con disminución del dolor en



**Figura 2.** Parte superior: secuencia sagital T1 del pie para la valoración anatómica de sus estructuras. Parte inferior: secuencia sagital STIR en el mismo plano que el anterior, que permite valorar la presencia de cambios inflamatorios, como celulitis, miositis y edema óseo

reposo y reducción progresiva de los signos inflamatorios externos. Después de 3 meses de tratamiento, el paciente se encuentra asintomático, aunque persiste una deformidad en la parte posterior del pie y cierta dificultad para la flexoextensión del tobillo. ■