

Conferencias y Simposios

SIMPOSIO 15: Otras afecciones y diabetes

Coordinadora: Dra. Gloria Viñes

Alteraciones reumatológicas

Dra. Marina Oliver

Médica Reumatóloga, Staff en Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

El amplio espectro de afecciones músculo esqueléticas relacionadas a la diabetes es variable. A continuación, describiremos las manifestaciones reumatológicas más frecuentes:

1. Queiroartropatía diabética: caracterizada por la pérdida de movilidad articular, fundamentalmente de las manos, de forma indolora y con pérdida de la funcionalidad. La tendencia es afectar las metacarpofalángicas y las interfalángicas proximales, y con menos frecuencia los codos, muñecas y rodillas. La prevalencia varía en un rango del 8 al 50%, más relacionada con la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y con un mal control de la glucemia. El diagnóstico es principalmente clínico, con la maniobra de "plegaria" positiva. Respecto del tratamiento incluye: AINES, FKT y eventualmente cirugía descompresiva.

2. Contractura de Dupuytren: su incidencia varía de un 15 al 40% y aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes y con la edad del paciente. Se desarrolla fibrosis y nódulos en la fascia palmar, que origina secundariamente la contractura en flexión de los dedos de las manos. Las opciones de tratamiento incluyen: FKT, infiltración y eventual cirugía.

3. Capsulitis adhesiva (hombro congelado): presenta una prevalencia del 11-30%. Ocurre una restricción progresiva y dolorosa de la movilidad del hombro, por la adhesión de la cápsula articular a la cabeza humeral. Para su tratamiento se realiza FKT e infiltración.

4. Hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH) o enfermedad de Forestier-Rotés: cursa con la calcificación del ligamento longitudinal anterior. Es mucho más frecuente en pacientes DM2. No se relaciona con la duración de la diabetes y no es raro que el diagnóstico del DISH preceda al de la diabetes. Para el diagnóstico radiológico se utiliza una escala de Resnick debiendo realizarse el diagnóstico diferencial con la espondilitis anquilosante y espondiloartrosis. El tratamiento consiste en AINES y FKT.

5. Neuroartropatía de Charcot: artropatía degenerativa asociada a la pérdida de sensibilidad dolorosa, térmica o propioceptiva. En un diabético con mal control metabólico, se podrían unir varios factores: una neuropatía sensorial con pérdida de la sensibilidad, una neuropatía motora con un desequilibrio muscular y una neuropatía autonómica con osteopenia que desarrollan un pie insensible, donde los micro traumatismos continuos desarrollan una inestabilidad de la articulación, con micro fracturas, fragmentación y esclerosis subcondral, características de la articulación de Charcot. Su diagnóstico en la fase aguda es fundamental para evitar la discapacidad posterior.

Palabras clave: afecciones músculo esqueléticas; diabetes.

Bibliografía

- J Med life 2012 Sep 15; 5(3): 252–257.
- AMF 2015;11(7):407-411.
- Insights Imaging 2019 Dec; 10: 77.
- Kans J med. 2018 Nov; 11(4): 114–119.

SYMPOSIUM 15: Other conditions and diabetes

Rheumatologic alterations in diabetes

Dra. Marina Oliver

Rheumatologist, Staff in Private Community Hospital, Mar del Plata, Province of Buenos Aires, Argentina

The wide spectrum of musculoskeletal affections related to diabetes is diverse. We will now describe some of the most frequent rheumatologic manifestations.

1- Diabetic Queiroarthropathy, characterized by the loss of joint mobility, especially on the hands, in a painless way but with the loss of functionality. It has a tendency to affect the metacarpophalangeal and the proximal interphalangeal, and, less frequently, the elbow, wrist and knee. The prevalence varies between an 8% and a 50%, more closely related with type 1 diabetes and a poor glycemic control. The diagnosis is mainly clinical, with a positive “prayer sign” maneuver. Treatment includes: NSAIDs, Physio-Kinesiotherapy, and, eventually, decompression surgery.

2- Dupuytren’s Contracture. Its incidence varies from a 15% to 40% and it increases as the diabetes evolves and with the patient’s age. It develops fibrosis and nodules on the plantar fascia, which will lead to the appearance of a contracture in the flexion of the fingers. Treatment options include: Physio-Kinesiotherapy, infiltration and, eventually, surgery.

3- Adhesive capsulitis (frozen shoulder). It has prevalence between 11% and 30%. A progressive and painful limitation of the mobility of the shoulder occurs, caused by the adhesion of the articular capsule to the humeral head. For its treatment, Physio-Kinesiotherapy and infiltration.

4- Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH), also known as Forestier-Rotés disease. It is the calcification of the anterior longitudinal ligament. It is more frequent in patients with type 2 diabetes. It is not related to the duration of the diabetes and it is not uncommon for the diagnosis of DISH to precede the diabetes diagnosis. For the radiologic diagnosis, the Resnick scale is used. A differential diagnosis has to be made for the ankylosing spondylitis and the spondylarthrosis. The treatment includes NSAIDs and Physio-Kinesiotherapy.

5- Charcot Neuroarthropathy. It is a degenerative arthropathy associated to the loss of pain, thermal and proprioceptive sensitivity. In a person with diabetes and a poor metabolic control, several factors could come together: a sensory neuropathy with sensitivity loss, a motor neuropathy with muscle imbalance and a autonomic neuropathy with osteopenia, which will lead to the development of an insensitive feet, where continual microtraumas develop a joint instability, with microfractures, fragmentation and subchondral sclerosis, characteristic of the Charcot joint. Its diagnosis in the acute phase is fundamental to avoid posterior disabilities.

Key words: musculoskeletal conditions; diabetes.

Bibliography

- J Med life 2012 Sep 15; 5(3): 252–257.
- AMF 2015;11(7):407-411.
- Insights Imaging 2019 Dec; 10: 77.
- Kans J med. 2018 Nov; 11(4): 114–119.