
Multimed 2022; 26(3): e2241

Mayo - Junio

Caso clínico

Artropatía enteropática y fractura de platillos tibiales. Reporte de un caso

Enteropathic Arthropathy and tibial plateau fracture. Report of a case

Artropatia enteropática e fratura do planalto tibial. Relato de caso

Norma García González^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-3859-1267>

Cristina Guerra Frutos¹  <https://orcid.org/0000-0002-3378-437X>

Yeleinis Benítez Vega¹  <https://orcid.org/0000-0003-3456-1087>

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: ngarciag@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la artropatía enteropática representa una manifestación derivada de complicaciones inflamatorias intestinales.

Presentación del caso: paciente de 53 años de edad, de piel blanca, femenina, que sufrió caída de sus pies, con trauma en rodilla izquierda que le ocasionó fractura de meseta tibial izquierda.

Discusión: los estudios radiológicos fueron positivos y confirman el diagnóstico de la artropatía enteropática y fractura de platillos tibiales, se aplicaron pautas de tratamientos integradores funcionales.

Conclusiones: con los tratamientos el paciente reportó efectos beneficiosos, se lograron los objetivos propuestos en la rehabilitación, así como la incorporación de la paciente a la sociedad con un mínimo de discapacidad e independencia.

Palabras clave: Artropatía enteropática; Fractura de platillos tibiales.



ABSTRACT

Introduction: enteropathic arthropathy represents a manifestation derived from intestinal inflammatory complications.

Case presentation: 53-year-old white-skinned female patient who suffered a fall from her feet, with trauma to the left knee that caused a fracture of the left tibial plateau.

Discussion: the radiological studies were positive and confirm the diagnosis of enteropathic arthropathy and tibial plateau fractures, functional integrative treatment guidelines were applied.

Conclusions: with the treatments the patient reported beneficial effects, the objectives proposed in the rehabilitation were achieved, as well as the incorporation of the patient into society with a minimum of disability and independence.

Keywords: Enteropathic arthropathy; Tibial plateau fracture.

RESUMO

Introdução: a artropatia enteropática representa uma manifestação derivada de complicações inflamatórias intestinais.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 53 anos, branca, que sofreu queda dos pés, com trauma no joelho esquerdo que ocasionou fratura do platô tibial esquerdo.

Discussão: os estudos radiológicos foram positivos e confirmam o diagnóstico de artropatia enteropática e fraturas do planalto tibial, foram aplicadas diretrizes de tratamento integrativo funcional.

Conclusões: com os tratamentos o paciente relatou efeitos benéficos, os objetivos propostos na reabilitação foram alcançados, bem como a incorporação do paciente à sociedade com um mínimo de incapacidade e independência.

Palavras-chave: Artropatia enteropática; Fratura do planalto tibial.

Recibido: 24/4/2021

Aprobado: 13/5/2022



Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica, incapacitante con un proceso clínico impredecible, con dos formas de presentación: la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn. ⁽¹⁻⁴⁾ Las manifestaciones se presentan entre el 21 % - 36 % de los casos, siendo el compromiso articular la más común de ellas, con una prevalencia entre 2 y 26 %, representando la artropatía enteropática la más frecuente, incluida dentro de las espondiloartropatías y debido a una respuesta inmune. ⁽⁵⁻⁷⁾ Las rodillas y los tobillos son las articulaciones dañadas más comúnmente, pueden observarse lesiones dérmicas, orales, oftálmicas y del metabolismo óseo, entre otras. ⁽⁸⁾ El manejo de las mismas se basa en la terapia sistémica: antiinflamatorios no esteroideos, esteroides derivados de aminosalicílicos, inmunomoduladores, etc. ⁽⁹⁾ El uso de un programa de ejercicios apropiados y otros agentes físicos como la hidroterapia, con buen pronóstico, algunos autores señalan un impacto significativo en la calidad de vida de pacientes con trastornos invalidantes al recibir la fisioterapia. Las fracturas de platillos tibiales son frecuentes, graves por su carácter interarticular, por la incapacidad funcional que producen y por las complicaciones asociadas: parálisis de nervios periféricos, rigideces articulares, etc. El nervio peroneo es el más lesionado. La condromalacia patelar se presenta asociada a otras patologías de la rodilla. ^(10,11)

El objetivo del presente artículo es describir la evolución de una paciente de 53 años de edad, de piel blanca, femenina que fue remitida al Hospital Clínico Quirúrgico Provincial “Celia Sánchez Manduley”, de Manzanillo, por dolores en rodilla izquierda ocasionados por caída.

Caso clínico

Paciente de 53 años de edad, de piel blanca, femenina, que refiere haber sufrido caída de sus pies, con trauma en rodilla izquierda que le ocasionó fractura de meseta tibial izquierda, recibió tratamiento conservador con yeso por tres meses y al retiro del mismo refirió dolor en rodilla izquierda con escala analógica visual: 8/10, constante, fijo, que se aliviaba temporalmente con la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos con carácter opresivo, que le interfería el sueño, no



se irradiaba, con rigidez de rodilla e imposibilidad para la marcha. Se solicitó por especialistas en ortopedia la valoración fisiátrica, siendo remitida hacia el servicio de medicina física y rehabilitación en el Hospital Provincial Celia Sánchez Manduley en Manzanillo.

- ✓ Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, colitis ulcerativa idiopática, condromalacia bilateral grado II, esteatosis hepática.
- ✓ Antecedentes patológicos familiares: nada a señalar.
- ✓ Examen físico inicial: Datos positivos: peso: 120 kg. Talla: 160 cm. Índice masa corporal: 37 (obesa) Aparato cardiovascular: soplo sistólico mitral grado I-II. Tensión arterial: 160/120. Examen de la mucosa oral: edente, aftas.
- ✓ Sistema Osteomioarticular (SOMA): dolor en tobillo izquierdo al realizarle movimientos de flexo extensión, pie izquierdo péndulo. Dolor en rodilla izquierda con aumento de volumen y rigidez a la flexión. Dolor en rodilla derecha a los movimientos de flexo extensión. Genus recurvatum en rodilla derecha. Hipotrofia músculo cuádriceps izquierdo con disminución de 10 cm en comparación con el otro miembro inferior. Hipoestesia táctil, térmica, dolorosa en cara anterior de la pierna izquierda y pie izquierdo.
- ✓ Marcha: se desplaza en silla de ruedas.
- ✓ Examen ocular: molestias dolorosas en ojo derecho.
- ✓ Esfera psicológica: ansiedad, depresión.
- ✓ Índice de Barthel: 55 puntos, dependencia moderada.
- ✓ Exámenes complementarios: hemoglobina: 11gr/l; leucocitos: 10×10^9 ; eritrosedimentación: 15 mm; complementarios de rutina: en límites normales.
- ✓ Exámenes radiográficos: Rx miembro inferior izquierdo: presencia de callo óseo en zona de fractura, se observan signos de osteoporosis. Rx tórax anteroposterior: no alteraciones pleuropulmonares, elongamiento aórtico.
- ✓ Ecocardiograma: disfunción diastólica en ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral ligera.
- ✓ Diagnóstico invalidante: rigidez de rodilla izquierda postfractura de meseta tibial. Parálisis de la rama peronea del nervio ciático poplíteo externo
- ✓ Factores favorables: cooperación de la paciente y de la familia.

- ✓ Factores desfavorables: obesidad, patologías asociadas, no inicio precoz de tratamiento rehabilitador, complicaciones presentadas y lejanía del centro asistencial.

Las radiografías de las rodillas se muestran en la Figura 1. En ellas se observan cambios osteodegenerativo en el fémur, así como fractura de meseta tibial en rodilla izquierda, así como disminución del espacio articular.

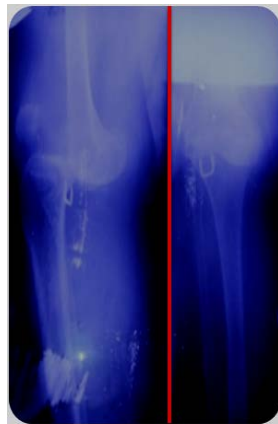


Fig. 1. Radiografías simples de de ambas rodillas al ingreso.

Pautas del tratamiento

- ✓ Apoyo psicológico: al paciente y familiares debido a la envergadura de la enfermedad.
- ✓ Kinesioterapia: ejercicios activos asistidos para miembro inferior izquierdo y libres para el resto de los miembros.
- ✓ Actividades de la vida diaria.

Descripción del procedimiento terapéutico

Tratamiento médico: nutrición adecuada: dieta con reducción de almidón y azúcares y rica en proteínas. Medicamentos: si dolor, dipirona de 300 mg, 2 tabletas cada 8 horas.

Tratamiento fisiátrico: tratamiento postural, masaje circulatorio de todo el miembro afecto, crioterapia para disminuir edema, magnetoterapia local: 50 Hz, 50% durante 20 minutos en ambas

rodillas, estimulación eléctrica farádica en músculo cuádriceps femoral izquierdo y estímulos eléctricos exponenciales en músculos inervados por el nervio peroneo izquierdo.

Kinesoterapia, contracciones isométricas de cuádriceps:

- ✓ Ejercicios fortalecedores de cuello, tronco y miembros superiores.
- ✓ Movilizaciones activas asistidas para rodilla y tobillo derecho.
- ✓ Movilizaciones libres para el resto de las articulaciones.
- ✓ Ejercicios de relajación.
- ✓ Ejercicios respiratorios.

Ambulación: plano inclinado progresivo frente al espejo.

Posteriormente se indicó suspensionterapia en Jaula de Rocher, terapia ocupacional para adiestrar en actividades de la vida diaria y transferencias, así como actividades estimulantes y mecanoterapia.

Se interconsulta con las especialidades de Nutrición, Psicología, Ortopedia, Cardiología, Estomatología y Oftalmología, diagnosticando esta última que la paciente presentaba una queratitis y le indicó tratamiento específico.

Mediante seguimiento sistemático de la paciente de forma semanal se realizó goniometría, mensuraciones y examen muscular.

Evolución favorable: mediante la escala analógica visual se comprobó que la paciente se alivió del dolor durante su ingreso.

Logró la flexión requerida, así como bipedestación sin apoyo externo. (Figura 2).



Fig. 2. Compendio de evidencias: (a) flexión lograda a partir del tratamiento, (b) marcha sin apoyo.

La paciente fue ganando progresivamente en arcos articulares de rodilla izquierda, llegando a 105 grados de flexión, trofismo muscular, movimientos de flexión plantar y dorsal, así como eversión del pie izquierdo, así como la autonomía al pararse y mantenerse, y la extensión del miembro inferior afectado. (Figura 3)



Fig.3. Compendio de evidencias: (a) flexión del miembro inferior afectado, (b) autonomía al pararse y mantenerse de pie (c) extensión del miembro inferior afectado.

Nota: Las imágenes de la presente investigación fueron autorizadas por la paciente mediante consentimiento informado.

Adquirió independencia en actividades de la vida diaria, y luego de 5 meses de terapia física se logró marcha funcional con apoyo en terrenos regulares e irregulares, subir y bajar escaleras, disminución del peso corporal en 10 kg, decidiéndose el alta médica con recomendaciones para el hogar, educación sanitaria a la paciente y la familia, y se le confeccionó una ayuda ortésica para el Genus recurvatum de la rodilla derecha, además que se produjo alivio del dolor. Actualmente la paciente realiza su vida normal y se chequea periódicamente en consultas externas. Se mejoró su calidad de vida.

Como objetivo y logro del tratamiento se logra aliviar el dolor, prevenir y/o corregir deformidades, corrección postural, ganar en movilidad articular, aumentar la capacidad respiratoria, compensar otras patologías asociadas, apoyo psicológico, independizar en las actividades de la vida diaria,

lograr marcha funcional con (o sin) apoyo externo, evitar factores de riesgo, reincorporación social e incorporación a la Asociación Cubana de Limitados Físicos Motores.

Discusión

Los efectos de la magnetoterapia fueron los primeros en ser reconocidos en EE. UU y en países occidentales, esta terapia fue aprobada por la F.D.A (*Food and Drug Administration*) desde 1979 como método no invasivo en el tratamiento de la consolidación de las fracturas, retardo de consolidación, injerto óseo fallido y pseudoartrosis.⁽¹²⁾ Cuantiosos estudios en Cuba e internacionales han demostrado los beneficios que reporta la misma en diferentes entidades. Entre sus efectos se encuentran la reducción de la pérdida de la masa ósea en la osteoporosis, el efecto inmunológico, la disminución del dolor, regenerador de tejidos, activación del metabolismo celular, antiinflamatorio, relajante, sedante, entre otros.⁽¹³⁾ La kinesioterapia, pilar importante en la rehabilitación de pacientes, mantiene o aumenta el trefismo muscular, previene rigideces y aumenta arcos articulares, así como actúa en la prevención de estasis venosos y linfáticos, corrige actitudes viciosas y deformidades, evita la pérdida del esquema corporal, mejora circulación y aumenta el volumen muscular.^(14,15)

La estimulación eléctrica en este paciente mejoró el metabolismo muscular, estimuló la contracción muscular, contribuyendo a una regeneración hística e influencia sensitiva. El masaje, además del beneficio psicológico, mejora la circulación regional al aumentar el drenaje venoso y linfático y provocar relajación muscular. La pérdida de peso es importante en estas patologías ya que una buena distribución de las cargas hace disminuir el dolor, de ahí la importancia de una dieta adecuada. La terapia ocupacional contribuye a la recuperación de las funciones y a la utilización funcional de las capacidades en el paciente con discapacidad. Los recientes avances tecnológicos junto con cierta tendencia a reducir tratamientos farmacológicos que resultan en ocasiones abusivos, muy costosos y con efectos colaterales, han abierto nuevas perspectivas para la Medicina Física en el ámbito terapéutico.⁽¹⁰⁾

Conclusiones

Al término de la conclusión de los tratamientos la paciente reportó efectos beneficiosos, se lograron los objetivos propuestos en la rehabilitación, así como su incorporación a la sociedad con un mínimo de discapacidad y un máximo de independencia.

Referencias bibliográficas

1. Salazar González M, Furet Rodríguez EM, Díaz Fondén J, Navarro Nápoles J, Alvarado Reyes YA. Factores de riesgo asociados a la enfermedad inflamatoria intestinal en ancianos. MEDISAN. 2020; 24(1): 88-100.
2. Sambuelli AM, Negreira S, Gil A, Goncalves S, Chavero P, Tirado P, et al. Manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. Acta Gastroenterol Latinoam. 2019; 49(S2): 1-246.
3. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa una mirada por dentro. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2018; 22(3): 476-85.
4. Yamamoto Furusho JK, Bosques Padilla F, Paula J de, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Rev Gastroenterol Mexico. 2017; 82(1): 46-84.
5. Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa de la Comunidad Valenciana . ¿Existen diferentes tipos de artropatía enteropática asociada a la EII? [Internet]. Valencia: ACCUICV; 2014. [citado 18/01/2021]. Disponible en: <https://www.accu-valencia.es/?p=1509>
6. Reyes Reyes E, Pupo Rodríguez OL, Bello Rodríguez MM. Inmunogenética de las espondiloartropatías. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2016 [citado /18/05/2022];41(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/717/pdf_285
7. Velasco Bustamante JA, Velasco Bustamante DL, Baquero Vallejo GA, Gómez Valverde JL, Villacres Pinza MA, Jinez Coca KA. Abordaje práctico de la espondiloartritis. Rev Cuba Reumatol. 2019; 21(3): 101-12.



8. Cigna Health Care of Arizona. Espondiloartropatías. [Internet]. Cigna. 2020. [citado 18/01/2021]. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/espondiloartropatas-hw87580spec>
9. MayoClinic. Espondiloartritis anquilosante. [Internet]. MayoClinic. 2020. [citado 18/5/2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ankylosing-spondylitis/diagnosis-treatment/drc-20354813>
10. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Morejón Barroso O, Méndez Rodríguez SN. Protocolo de actuación en la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Rev Cuban Med Fís Rehabilit. 2016; 8(1): 70-86.
11. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Morejón Barroso O, Méndez Rodríguez SN. Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Medisur. 2017; 15(1): 134-53.
12. Castiñeira Montoro J. Efectividad de la terapia con campos magnéticos pulsados (PEMF) en la regeneración de tejido en pacientes con lesiones o patologías óseas. [Tesis]. Balear: Universidad de Illes Balears - Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2018. [citado 18 /01/2021]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150280/Castineira_Montoro_Jesus.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Oliva Infante JY. Uso de la Magnetoterapia en la Terapia Física. [Tesis]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. [citado 18/01/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3038/OLIVA%20INFANTE%2C%20Janneth%20Yannina.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
14. Savia. Salud digital Mafre. Kinesioterapia. [Internet]. Savia. Salud digital Mafre. 2019. [citado 18/01/2021]. Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/kinesioterapia>
15. Carranza Zambrano AA. Kinesioterapia aplicada en un paciente con artroplastia de cadera. [Tesis]. Manabí, Ecuador: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2017. [citado 18/01/2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/161233543.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Norma García González: como autor principal originó la idea del tema, realizó el diseño de la investigación, redacción del artículo.

Cristina Guerra Frutos: participó en la recogida de información y redacción del artículo, contribuyó en la discusión.

Yeleinis Benítez Vega: participó en el procesamiento de la información del artículo, búsqueda de bibliografía actualizada, así como la redacción y estilo.

Yo, Norma García González en nombre de los coautores, declaro la veracidad del contenido del artículo: Artropatía enteropática y fractura de platillos tibiales. Reporte de un caso.