

# Enfermedades reumáticas en diabetes mellitus

**Luis M. Vilá, MD**

Director de la División de Reumatología, Alergia Inmunología;  
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico



**La diabetes mellitus es una enfermedad crónica metabólica que puede afectar múltiples tejidos y órganos, incluyendo el sistema musculoesquelético. Niveles altos de glucosa pueden alterar los componentes del tejido conectivo causando daño crónico a este sistema. Las condiciones reumáticas en los pacientes diabéticos son comunes y variadas. Pueden ocurrir por daño directo al tejido articular o periarticular o, de forma indirecta, como consecuencia de las complicaciones neurológicas y vasculares. A continuación, se resumen las condiciones reumáticas asociadas a la diabetes tipo 1 y tipo 2.**

## Síndromes periarticulares

**Síndrome de la mano del diabético.** Puede ocurrir hasta en un 75% de los pacientes diabéticos pobremente controlados. Se caracteriza por el desarrollo insidioso de contracturas en flexión de los dedos. Se asocia a la duración de la enfermedad, al pobre control de la diabetes, y a la retinopatía y a la nefropatía diabética. El tratamiento consiste de terapia física y control de la diabetes.

**Contractura de Dupuytren.** Es una condición fibrótica que ocasiona engrosamiento nodular de la aponeurosis palmar causando contracturas en flexión, en particular del 4° y 5° dedo. También puede ocurrir en la fascia plantar. Es más común en los pacientes diabéticos con enfermedad crónica y descontrolada. El tratamiento incluye terapia física, inyección local de corticoesteroides o colagenasas, y cirugía.

**Tendinopatías.** La más común de las tendinopatías en diabetes es la aquella que afecta los tendones flexores

de los dedos de las manos. Esta condición es más común en mujeres con enfermedad crónica. Los pacientes tienen dolor en la flexión de los dedos y en ocasiones estos se truncan o engatillan. Otras tendinopatías frecuentes en los pacientes diabéticos son: tendinitis de Quervain, epicondilitis lateral, epicondilitis medial y tendinitis cálcica del hombro. El tratamiento general de las tendinopatías incluye el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), inyección local de corticoesteroides y terapia física.

**Bursitis.** La inflamación de las bursas también puede ocurrir en los pacientes diabéticos. Aquellas que se suelen ver con mayor frecuencia son la bursitis trocantérica y la bursitis anserina. Las bursitis responden bien al tratamiento con AINE o a la inyección local de corticoesteroides.

## Síndromes articulares y esquelético

**Osteoartritis.** Varios estudios han demostrado que la osteoartritis ocurre dos a tres veces más frecuentemente

en los diabéticos que en individuos no diabéticos de la misma edad y género. El riesgo de osteoartritis puede deberse al daño al cartílago pues se ha demostrado que los condrocitos de los diabéticos son disfuncionales.

**Capsulitis adhesiva del hombro.** Puede ocurrir hasta en un tercio de los pacientes diabéticos. Esta condición causa dolor y disminución de movimiento del hombro. En la mitad de los pacientes ocurre en ambos hombros. Es más común en las mujeres con diabetes crónica y pobremente controlada. Los AINE, las inyecciones intraarticulares de corticoesteroides y la terapia física pueden ayudar a estos pacientes.

**Hiperostosis esquelética difusa idiopática.** Hasta un 20% de los pacientes con esta condición pueden tener diabetes. No es una condición inflamatoria y se manifiesta por la calcificación de los ligamentos anterolaterales de la columna y de las entesis. Las calcificaciones de la espina pueden resultar en disminución del rango de movimiento y en anquilosis. El diagnóstico se hace por radiografías de la columna. El tratamiento consiste de analgésicos, AINE y terapia física.

**Acroosteolisis diabética de los pies.** Los pacientes con esta condición presentan dolor distal de los pies. En las radiografías se observa osteopenia y reabsorción de los huesos metatarsales y las falanges proximales de los pies. Los hallazgos radiográficos se pueden confundir con osteomielitis. El tratamiento consiste en medidas de protección articular.

**Artritis séptica/osteomielitis.** Los pacientes diabéticos son más propensos a tener artritis séptica y osteomielitis. La susceptibilidad a infecciones no es sorprendente pues los pacientes diabéticos pueden tener varias anomalías del sistema inmunológico que incluyen disfunción en los siguientes componentes: quimiotaxis de neutrófilos, adherencia de neutrófilos al endotelio vascular, fagocitosis e inmunidad celular. Otros factores que contribuyen a la predisposición de infecciones son las complicaciones vasculares y la neuropatía diabética.

### Síndromes de origen neurológico

**Neuropatías de atrapamiento.** La más común de estas condiciones es el síndrome del túnel carpiano que puede ocurrir hasta en un 25% de los pacientes diabéticos.

Las neuropatías de atrapamiento también ocurren en los nervios cubital, radial y femorocutáneo (meralgia parestésica), entre otros.

**Artropatía neuropática (Articulación de Charcot).** Este problema se ha reportado en hasta un 10% de los pacientes diabéticos crónicos. Usualmente ocurre en pacientes con pobre control de la diabetes y que se complican con neuropatía periférica. Los pacientes presentan edema y deformidad del pie y del tobillo. Generalmente, no tienen dolor. Las radiografías muestran destrucción y desorganización de los huesos tarsales y metatarsales. Los hallazgos radiográficos son difíciles de distinguir de la osteomielitis. La artropatía neuropática también puede ocurrir en las rodillas, pero es menos frecuente. El tratamiento incluye enyesado o bota para proteger el pie y tobillo, calzado protector, control de la diabetes y cirugía.

**Amiotrofia diabética (Radiculoplexopatía lumbosacral diabética).** Esta condición se manifiesta por dolor severo en los músculos proximales de las extremidades inferiores. Eventualmente los pacientes desarrollan debilidad y atrofia de esos músculos. Usualmente ocurre en varones de mediana edad o de edad avanzada.

### Síndromes musculares

**Infarto del músculo.** Esta condición es poco frecuente. Ocurre como resultado de las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la diabetes. Usualmente ocurre en los músculos proximales de las extremidades inferiores y se caracteriza por dolor e hinchazón aguda del músculo afectado. Los hallazgos en la resonancia magnética son típicos; estos demuestran edema del músculo que se extiende a los tejidos perifasciculares y subcutáneos.

### Precauciones generales del tratamiento

Aunque las inyecciones de corticoesteroides pueden ayudar a disminuir el dolor e inflamación de los tejidos afectados, deben utilizarse con cuidado pues estas pueden causar atrofia o daño a los mismos. Además, las inyecciones de corticoesteroides pueden elevar los niveles de glucosa, por lo que no deben utilizarse en los diabéticos que están descontrolados. Finalmente, también hay que tener precaución con el uso de AINE, particularmente en quienes tienen complicaciones renales y/o vasculares.

## Estudios de investigación en Puerto Rico


En el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico realizamos un estudio para evaluar la **osteoartritis** y las **tendinopatías/bursitis** en puertorriqueños con diabetes mellitus. Evaluamos a 100 pacientes diabéticos y los comparamos con 102 personas no diabéticas pareadas para edad y género. La edad promedio de los pacientes diabéticos fue de 52 años y la duración promedio de la diabetes fue de 11 años. Un 64% de los pacientes eran mujeres.

Encontramos **osteoartritis** de las manos y/o de las rodillas en un 49% de los pacientes diabéticos vs. 26% de los individuos no diabéticos ( $p < 0,01$ ). La diferencia mantuvo significancia en el análisis multivariado ajustado por factores de riesgo para la osteoartritis como la edad, el género y la obesidad. Entre los pacientes diabéticos, las mujeres estaban en mayor riesgo de tener osteoartritis mientras que aquellos que usaban insulina estaban a menos riesgo.

En cuanto a las **tendinopatías/bursitis**, los pacientes diabéticos padecían con mayor frecuencia de las siguientes condiciones: tenosinovitis flexora de las manos, tendinitis de Quervain, epicondilitis lateral, epicondilitis medial, bursitis trocantérica y bursitis anserina. Entre los pacientes diabéticos, las mujeres y aquellos con enfermedad vascular periférica eran más propensos a tener tendinopatías/bursitis.

## Conclusión

Los desórdenes reumáticos en la diabetes mellitus son comunes y abarcan un espectro amplio. Muchas de estas condiciones están asociadas a la duración de la enfermedad, al pobre control de la condición y a otras manifestaciones crónicas de la diabetes. Es muy probable que un control adecuado de la diabetes prevenga la mayoría de estas condiciones.

En general, el médico primario se enfoca en las complicaciones cardiovasculares, renales y oculares del paciente diabético por tener estas un gran impacto en la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, las complicaciones reumáticas en los diabéticos pueden ocasionar una discapacidad considerable. Por eso, se les debe considerar al diseñar estrategias para mejorar el manejo clínico y la calidad de vida de los pacientes diabéticos. 

## Enfermedades reumáticas más frecuentes en diabetes mellitus:

### Síndromes periarticulares

- Síndrome de la mano del diabético;
- Contractura de Dupuytren;
- Tendinopatías; y
- Bursitis.

### Síndromes articulares y esqueléticos

- Osteoartritis;
- Capsulitis adhesiva del hombro;
- Hiperostosis esquelética difusa idiopática;
- Acro-osteolisis diabética de los pies; y
- Artritis séptica/osteomielitis.

### Síndromes de origen neurológico

- Neuropatías de atrapamiento;
- Artropatía neuropática (Articulación de Charcot); y
- Amiotrofia diabética.

### Síndromes musculares

- Infarto del músculo.

## Referencias

1. Serban AL, Udrea GF. Rheumatic manifestations in diabetic patients. *J Med Life*. 2012 Sep 15; 5(3):252-7.
2. Bañón S, Isenberg DA. Rheumatological manifestations occurring in patients with diabetes mellitus. *Scand J Rheumatol*. 2013; 42(1):1-10.
3. Nieves-Plaza M, Castro-Santana LE, Font YM, Mayor AM, Vilá LM. Association of hand or knee osteoarthritis with diabetes mellitus in a population of Hispanics from PR. *J Clin Rheumatol*. 2013 Jan;19(1):1-6.
4. Font YM, Castro-Santana LE, Nieves-Plaza M, Maldonado M, Mayor AM, Vilá LM. Factors associated with regional rheumatic pain disorders in a population of Puerto Ricans with diabetes mellitus. *Clin Rheumatol*. 2014 Feb 13. [Epub ahead of print].