



Fig. 1.

La serología de Brucella fue negativa, al igual que la prueba de Mantoux y micobacterias en orina.

En la radiografía que se le hizo en el pie izquierdo se observa desestructuración de los huesos del tarso con imágenes líticas (fig. 1). En la tomografía axial computarizada del pie se objetivó una lesión lítica que afecta al tarso y fundamentalmente al escafoides, y edema del tejido celular subcutáneo (fig. 2).

Neuroartropatía diabética

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de M. Vázquez Gutiérrez et al, y de acuerdo con los autores respecto a las dificultades que entraña el diagnóstico de neuroartropatía diabética en fase aguda, presentamos el caso de un varón de 68 años de edad, diabético de larga evolución que ingresó en la Unidad de Infectología por inflamación en el pie izquierdo.

El paciente presentaba dolor, tumefacción, aumento de la temperatura local y enrojecimiento del tarso desde hacía varios meses. Su médico de Atención Primaria había indicado tratamiento antiinflamatorio y antibiótico en varias ocasiones, sin mejoría. No refería fiebre ni síntomas de afectación sistémica.

A la exploración llamaba la atención los signos de inflamación del pie izquierdo con edema a tensión en el tarso; alteración de las sensibilidades vibratoria y propioceptiva y reflejos patelar y aquileo ausentes. Los pulsos pedios se palpaban débilmente. Se le realizó analítica. Hemograma: hemoglobina, 12 g/dl; volumen corpuscular medio (VCM), 86 fl; leucocitos, $3.400/\text{mm}^3$ (neutrófilos, 43%; linfocitos, 47%; monocitos, 6%); plaquetas, $205.000/\text{mm}^3$; velocidad de sedimentación globular, 42 mm/h. Bioquímica: glucosa, 137 g/dl; parámetros de función renal y hepática, lípidos plasmáticos, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo; hierro, ferritina y transferrina; proteínas totales, proteinograma e inmunoglobulinas; hormonas tiroideas: en rango de normalidad. PCR, 3 mg/l. Hemoglobina glucosilada, 6,1%; fructosamina, $281 \mu\text{mol/l}$. Perfil urinario: normal; microalbuminuria negativa.

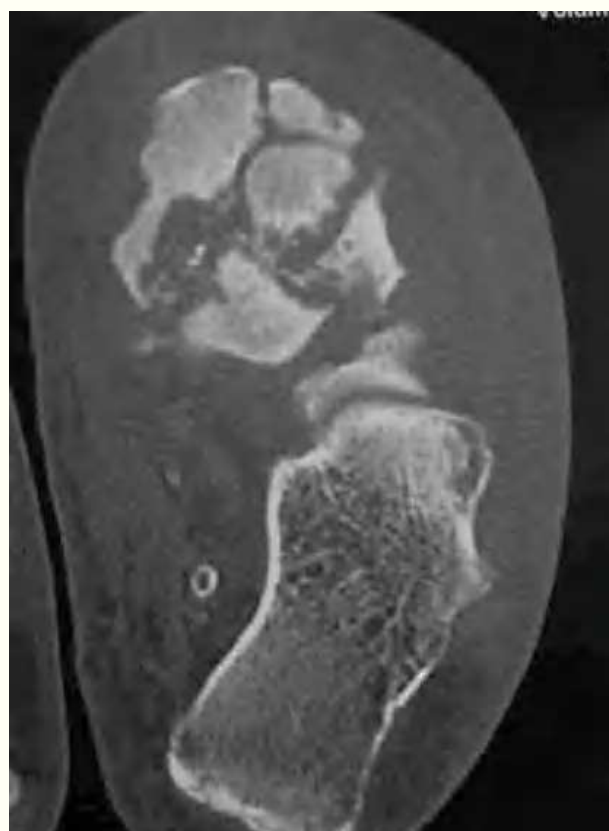


Fig. 2.

Ante los hallazgos descritos se sospechó osteomielitis, sin poder descartar que se tratara de un cuadro de neuroartropatía diabética, por lo que se solicita colaboración al Servicio de Traumatología. En el acto operatorio no se objetivó pus, y los cultivos generales y para micobacterias resultaron negativos. Con el diagnóstico de neuroartropatía de Charcot se indica ortesis de descarga de la extremidad afecta y tratamiento con bifosfonatos.

Tal y como refieren M. Vázquez Gutiérrez et al en su artículo, el diagnóstico de neuroartropatía de Charcot puede ser un verdadero reto para el clínico. En el caso que presentamos, los datos clínicos, analíticos y radiológicos no permitieron asentar un diagnóstico de certeza. Aunque el estado general del paciente y los resultados hematológicos y bioquímicos no mostraban datos de sepsis y la PCR era normal, la radiología sugería un proceso osteomielítico. Finalmente el abordaje quirúrgico con toma de muestras permitió descartar infección.

En nuestra opinión la neuroartropatía de Charcot constituye una entidad que frecuentemente plantea el diagnóstico diferencial con la osteomielitis y dadas las implicaciones pronósticas y terapéuticas es inexcusable llegar al diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Hordon LD. Diabetic neuropathic arthropaty. En: UpToDate, Rose BD, editor. UpToDate. Waltham, MA; 2005.
Mandell: Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005.
Vázquez Gutiérrez M, Mangas Cruz MA, Cañas García-Otero E, Astorga Jiménez R. Neuroartropatía diabética en fase aguda: un dilema diagnóstico. A propósito de dos casos y revisión de la bibliografía. *Rev Clin Esp.* 2005; 205:549-552.

M. Aleixos Zuriaga, J. A. Hidalgo Ramos,
Á. Chocarro Martínez e I. García García
Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.