Semergen. 2015;41 (Espec Congr):630

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/819 - ARTROPATÍA de charcot, un diagnÓstico a veces DIFÍCIL

M. López Alvarez y A. Pereda Herrera

UGC Tarifa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: HTA, DM2 de cinco años de evolución, dislipemia, RCV > 5% (Score). Realiza revisiones anuales dentro del programa de DM2, presentando un buen control glucémico con HBA1c 6,7 (no ha presentado a lo largo de su evolución HbA1c > 7%) y exploración del pie con monofilamento normal. Paciente que hace regularmente ejercicio, Acude por talalgia en MII, equimosis plantar y edema maleolar. Tras las pruebas complementarias iniciales se prescriben AINES y reposo. A los 15 días dado la falta de memoria se solicita RMN.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemograma, pruebas reumáticas, VSG y PCR normal. Rx pie AP y L sin hallazgos. RMN pie izquierdo: importante edema medular de cuboides con fracturas trabeculares y leve edema oseo en escafoides y tercera cuña. Hiperemia en partes blandas. atrofia en musculatura locoregional compatible con neuropatía diabética. Signos de sesamiditis media crónica. Mínima tenosinovitis de peroneo largo y corto.

Juicio clínico: Artropatía degenerativa de pie. Artropatía de Charcot en un paciente con neuropatía diabética.

Diagnóstico diferencial: Se realiza ante una articulación (tobillo o pie) que presenta calor, rubor y tumefacción con ausencia de lesiones en la piel, en un paciente con factores de riesgo (diabetes...) y se objetiva ausencia de sensibilidad profunda y al monofilamento, abolición de reflejos rotulianos y aquilianos, y una aceptable vascularización. En las etapas iniciales el diagnóstico diferencial se realiza con los procesos infecciosos: En la articulación de Charcot no hay lesiones de entrada en la piel, el rubor desaparece al elevar el miembro 5 minutos y no hay descompensación metabólica aunque aumenten VSG y PCR. En ocasiones es necesaria la punción para el diagnóstico, aunque esto pueda empeorar la evolución de la artropatía de Charcot. En otras ocasiones como el caso que se describe, la clínica inicial puede ser mucho más insidiosa sin alteraciones de pruebas de laboratorio realizándose diagnóstico diferencial con tendinitis, esguince, artrosis... requiriendo pruebas de imagen como RMN para el diagnóstico.

Comentario final: La artropatía de Charcot es un síndrome de destrucción ósea y articular asociado a una neuropatía. Actualmente la causa principal de neuropatía es la diabetes. Aunque la prevalencia de la neuropatía periférica aumenta de manera proporcional al tiempo de evolución y a la falta de control de la diabetes, nos encontramos con casos como este, en el que en un tiempo de evolución corto y con un buen control glucémico aparece una neuropatía en principio asintomática,

pero que condiciona el desarrollo de una articulación de Charcot. La posibilidad de curación de la articulación de Charcot se basa en un diagnóstico precoz y en el tratamiento conservador con correcta inmovilización. Es por tanto fundamental realizar revisiones periódicas y sistemáticas del pie diabético, independientemente del tiempo de evolución o el grado de control de la diabetes, y tener presente esta entidad aunque la clínica pueda ser inicialmente leve o insidiosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.um.edu.uy/docs/pie_de_charcot.pdf

2. http://www.redalyc.org/pdf/473/47319326004.pdf

3. http://www.reumatologiaclinica.org/es/neuroartropatia-charcot/articulo/13082478/

4. Brodsky, JW. Charcot Joints. En: Mann RA, Coughlin MJ, eds. Surgery of the Foot and Ankle, St. Louis, Mosby, 1993, pp.925-53.

5. Krause J. Brodsky J.W. The Natural History of Type 1 Midfoot Neuropathic Feet. Foot and Ankle Clinics. 1997 2(1):1-22.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.