

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Vilacosta I. Síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56 Supl 1:29-39.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Kara-vite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insight into and old disease. *JAMA.* 2000;283:897-903.
3. Evangelista Masip A. Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:667-79.

4. Aguilar-Shea AL, Gallardo-Mayo C. Aneurisma aórtico. Una patología que se debe tener presente. *Semergen.* 2009;35:478-9.
5. Slater AA, de Sanctis RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurisma. *Am J Med.* 1976;60:625-33.
6. Klompas M. Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA.* 2002;287:2262-72.

J. Gómez-Rubio<sup>a,\*</sup>, A.B. Bárcena-Atalaya<sup>b</sup> y F.J. Caballero-García<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jogoru1@hotmail.com](mailto:jogoru1@hotmail.com)

(J. Gómez-Rubio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.011>

## Artropatía de Charcot



### Charcot arthropathy

Paciente de 53 años de edad que consulta en su centro de salud por dolor, edema e impotencia funcional en el tobillo derecho, orientado como celulitis en Urgencias y que no mejora con tratamiento antibiótico. Se trata de un paciente con diabetes tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina. Ha presentado como complicaciones vasculopatía periférica con mal perforante plantar y retinopatía diabética. Presenta también cirrosis enólica Child A, que se ha complicado con hemorragia digestiva alta en contexto de varices esofágicas y descompensación ascítico-edematosa en contexto de hepatitis enólica aguda. Se ha realizado tratamiento con bandas por varices grado II-III e hipertensión portal.

A la exploración física presenta tobillo edematoso, hiperémico, con limitación de la movilidad, doloroso a la palpación. Sensibilidad a monofilamento abolida. Reflejo aquileo abolido. Piel íntegra con higiene de uñas correcta.

Se solicitó radiografía de tobillo, que mostró destrucción ósea severa y múltiples luxaciones, compatible con artropatía de Charcot (figs. 1 y 2).

Se solicitó gammagrafía ósea, que mostró hipercaptación intensa del trazador en tobillo y tarso del pie derecho; presencia de fenómenos importantes inflamatorios y de remodelación ósea en relación con la importante desestructuración ósea.

Se procedió inicialmente a la inmovilización con botina de yeso y fue derivado a Reumatología, donde se inició tratamiento con bifosfonatos sistémicos.

La artropatía de Charcot se define como una lesión neuroartropática destructiva asociada a pérdida de sensibilidad dolorosa, térmica y propioceptiva. De etiopatogenia desconocida, se caracteriza por inflamación, luxación articular y

destrucción ósea, que conlleva la deformación posterior del pie. Su causa principal es la diabetes mellitus, aunque en otras épocas se relacionaba con enfermedades venéreas, la lepra o el mielomeningocele<sup>1</sup>.

La artropatía de Charcot es multifactorial, produciéndose una neuropatía sensorial progresiva con pérdida de sensibilidad, una neuropatía autonómica con pérdida de densidad mineral ósea y una neuropatía motora con desequilibrio funcional que da lugar a articulaciones inestables, fragmentación ósea, esclerosis subcondral, fracturas periarticulares y microfracturas, que llevan a una consolidación hipertrófica con el establecimiento de deformidades graves que impedirán el normal funcionamiento de la articulación<sup>2</sup>. La articulación que se afecta más frecuentemente es la tarso-metatarsiana, siendo bilateral en un 20% de los casos. Armstrong et al.<sup>3</sup> calcularon la prevalencia en el 3,8%.

La artropatía de Charcot se suele presentar de forma aguda y se caracteriza por signos inflamatorios en la articulación del pie afecto. Generalmente pasa inadvertida o no se identifica correctamente (como observamos en el caso presentado). Por eso, es fundamental establecer la sospecha clínica ante un paciente diabético mal controlado de larga evolución, que se presenta en consulta con signos inflamatorios y edema unilateral del pie, de inicio insidioso, con leve dolor e incluso ausencia del mismo<sup>4</sup>. En fases avanzadas, sin embargo, encontraremos regresión de los signos inflamatorios y presencia de deformidades graves establecidas.

En cuanto al diagnóstico, en fases iniciales las pruebas de imagen pueden ser de escasa utilidad, pues no existe aún deformidad ósea, aunque pueden ser útiles para apoyar la sospecha diagnóstica. En esos casos se deben realizar determinaciones como la analítica con reactantes de fase aguda, la ecografía doppler o el cultivo de úlcera básicamente para realizar un diagnóstico diferencial correcto (celulitis, trombosis venosa profunda, osteomielitis). La gammagrafía con leucocitos marcados o la TAC pueden ayudar a discriminar



**Figura 1** Radiografía anteroposterior de pie.



**Figura 2** Radiografía lateral de pie.

infección de tejido blando de afección de tejido óseo. En fases subagudas y crónicas, la radiografía muestra desestructuración ósea y deformidad.

El diagnóstico precoz es de gran importancia para así intentar modificar el curso del cuadro<sup>5</sup>. La inmovilización es

el tratamiento más adecuado. Un 25% de los casos tratados en fases tempranas no llegan a desarrollar deformidad. Existen dispositivos utilizados en rehabilitación que permiten la deambulacion en fases subagudas<sup>6</sup>. Hay grupos que han mejorado con el tratamiento con bifosfonatos, que reducen la clínica y los signos inflamatorios<sup>7</sup>.

En conclusión, la artropatía de Charcot debe sospecharse siempre en pacientes con diabetes mellitus con mal control metabólico. Un diagnóstico e inicio de tratamiento precoces pueden reducir de forma importante las secuelas a largo plazo.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Aguilera-Cros C, Povedano-Gómez J, García-López A. Neuroarthropatía de Charcot. *Reumatol Clin*. 2005;1:225-7.
2. Rajbhandari SM, Jenkins RC, Davies C, Tesfaye S. Charcot neuroarthropathy in diabetes mellitus. *Diabetologia*. 2002;45:1085-96.
3. Armstrong DG, Todd WF, Lavery LA, Harkless LB, Bushman TR. The natural history of acute Charcot's arthropathy in a diabetic foot specialty clinic. *Diabet Med*. 1997;14:357-63.
4. Langford CA, Gilliland BC. Artritis de las enfermedades generalizadas y otras artropatías. En: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, et al., editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 17.<sup>a</sup> ed McGraw-Hill;2008.
5. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. *Diagnóstico y tratamiento*. *Semergen*. 2011;27:132-45.
6. Concepción-Medina T, Rodríguez-Hernández O, Illada-Navarro L. Artropatía de Charcot. Importancia del diagnóstico en fase aguda. *Rehabilitacion (Madr)*. 2011;45:75-7.
7. Moreno M, Gratacós J, Casado E, Galisteo C, Orellana C, Larrosa M. Utilidad del pamidronato en el tratamiento de la artropatía de Charcot. *Reumatol Clin*. 2007;3:257-61.

B. de Pablo Márquez<sup>a,\*</sup>, B. Santano Rivas<sup>a</sup>,  
F. Torres Echeverría<sup>b</sup> y M.M. Vasques Leitao<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria Vallldoreix, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

<sup>b</sup> Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bernattedepablo@gmail.com](mailto:bernattedepablo@gmail.com)  
(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.010>