

NEUROARTROPATIA DE CHARCOT

Autors: Julia Moser Ganduxer¹, Núria Curós Bernet² i Jordi Forcada Gisbert²

¹ Metge Resident de 1r any de Medicina Familiar i Comunitària

² Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària
ABS Sant Roc- Gorg

Correspondència: juliamogan@gmail.com

Revisors: Bernat de Pablo i M. Victòria Zamora Sánchez

Publicat: febrer 2016

Julia Moser Ganduxer, Núria Curós Bernet i Jordi Forcada Gisbert (2016)

Neuroartropatia de Charcot

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol34/iss1/1>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

La neuroartropatia de Charcot va ser descrita el 1883 pel neuròleg Jean-Martin Charcot^{1,2}. És un procés destructiu de les articulacions del peu i turmell que afecta a pacients amb neuropatia, associada principalment a diabetis mellitus¹⁻⁴. Existeixen dues teories que poden explicar la patogènia d'aquesta artropatia, una neurotraumàtica i l'altra neurovascular. Afecta per igual a homes i dones, sense diferenciació ètnica⁴. La prevalença en pacients diabètics es troba entre 0,08-7,5%.¹ L'articulació més freqüentment afectada és la tarsometatarsiana. Es presenta el cas d'un pacient amb impotència funcional i deformitat al peu d'un mes d'evolució que va ser diagnosticat d'aquesta entitat i una revisió de la seva clínica, diagnòstic i tractament.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Es presenta el cas d'un home de 72 anys que consulta per inflamació i deformació progressiva al peu dret que l'hi impedeix caminar d'un mes d'evolució arran d'un esquinç de turmell. Com a antecedents patològics més rellevants presenta insuficiència renal crònica, hipertensió arterial, miocardiopatia, obesitat i diabetis mellitus tipus 2 en tractament amb insulina mixta. El pacient viu amb la seva néta i fins a l'esdeveniment deambulava sense dificultat.

A l'exploració física presenta deformació del turmell dret amb eritema, edema i augment de temperatura. Davant dels símptomes es demana radiografia de

turmell (figura 1 i 2) que mostra augment de les parts toves, pèrdua absoluta de l'estructura del peu amb fractura de l'articulació de Chopart i subastragalina, fragmentació del coll de l'astràgal, inestabilitat completa de turmell i calcificació vascular. Davant el diagnòstic d'osteoartropatia de Charcot el pacient és derivat a Reumatologia i Unitat de peu diabètic els quals classifiquen la patologia en fase subaguda. S'inicia immobilització amb bota de guix i descàrrega. Es demana gammagrafia òssia que indica destrucció òssia i enfonsament del tars juntament amb total absència de captació al fragment astragalí de la cúpula. Es manté el guix durant 8 setmanes i atès que l'articulació es manté inestable, es canvia per una bota ortopèdica de fixació.

DISCUSSIÓ

La neuroartropatia de Charcot és una malaltia de caràcter progressiu que es caracteritza per una inflamació, luxació articular i destrucció òssia que porta a la deformació del peu. Actualment està causada principalment per la diabetis mellitus, generalment afectant a pacients que la pateixen des de fa més de 10 anys¹⁻⁴. L'etiologia de l'artropatia aguda de Charcot no està del tot clara. Es proposen dues teories. La teoria neurotraumàtica postula que es produeix per traumatismes inadvertits o lesions en un peu insensible i anestesiàt. Els pacients diabètics que presenten neuropatia sensorial no experimenten cap símptoma quan es produeixen fractures per estrès de manera que continuen caminant, la qual cosa desencadena progressivament destrucció de l'ós i de les articulacions.



Figura 1. Radiografia lateral del peu dret



Figura 2. Radiografia frontal del peu dret

La teoria neurovascular postula que es produeixen derivacions arteriovenoses que porten a un desequilibri entre la resorció i la síntesi òssia que condueix a una desmineralització i debilitat. Per tant, l'artropatia de Charcot es pot considerar

com el resultat de la suma d'una neuropatia perifèrica, un trauma inadvertit i repetitiu i/o la osteopènia^{1,4}.

S'ha demostrat que realitzar el diagnòstic en fase precoç i l'aplicació ràpida d'un correcte tractament és molt important per evitar la deformació del peu i la conseqüent discapacitat funcional que pot arribar a l'amputació de l'extremitat¹.

La sospita clínica s'ha d'establir en un pacient diabètic de llarga evolució que inicia un quadre de dolor, augment de la temperatura local, edema i hiperèmia del peu i el turmell amb pèrdua funcional de les articulacions¹⁻⁴. Aquesta clínica inicial es semblant a la d'una cel·lulitis, trombosi venosa profunda, o un atac de gota, per la qual cosa pot ser mal diagnosticat. La diferència radica en el fet que en l'artropatia de Charcot els polsos pedi i tibial posterior es palpan correctament i la PCR i VSG seran normals, així com els leucòcits. El pacient no presentarà febre i els requeriments d'insulina seran estables.^{1,3} El diagnòstic és fonamentalment clínic i la radiografia, ressonància magnètica i/o la gammagrafia òssia poden acompanyar per a diferenciar la neuropatia d'altres diagnòstics com l'osteomielitis.¹⁻⁴

El tractament acostuma a ser conservador amb immobilització mitjançant bota de guix i descàrrega de l'extremitat durant almenys tres mesos, iniciant-se el més aviat possible¹⁻⁴. El pacient ha de ser examinat cada 3-4 setmanes per determinar l'evolució del procés i valorar possibles úlceres o maceracions a la pell. També s'aconsella fer radiografies del peu i el turmell per veure si hi ha signes de progressió de la malaltia i consolidació òssia. Es retirarà la immobilització quan hagin desaparegut els signes de fase aguda (dolor, edema, augment de la temperatura

local), moment en el qual es prescriurà un calçat especial i es faran revisions clíniques periòdiques per prevenir recurrències, úlceres o deformacions¹.

La cirurgia està indicada en pacients amb deformitats importants o inestables que si no es tracten poden acabar en l'amputació de l'extremitat^{1,4}.

Hi ha la hipòtesi que tant els bifosfonats orals com intravenosos ajuden a disminuir la resorció òssia i augmentar la funció osteoblàstica en fase aguda de la malaltia, reequilibrant la síntesi òssia causada per la neuropatia autonòmica, disminuint el temps de durada de la immobilització^{1,4}.

En conclusió, la neuroartropatia de Charcot és una malaltia de difícil diagnòstic atès que no existeixen criteris definitius ni proves que confirmen la seva existència. És per aquest motiu que els metges que tractin amb pacients diabètics han d'estar atents per a la detecció precoç dels signes aguts de la malaltia i sospitar-la davant d'un pacient diabètic amb neuropatia perifèrica i signes inflamatoris locals en un peu sense dades de laboratori o símptomes d'infecció, iniciant-se la immobilització i la descàrrega de l'extremitat tant aviat com sigui possible¹⁻⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. MS. Ajit Kumar Varma. Charcot neuroarthropathy of the foot and ankle: a review. *The journal of foot and ankle surgery*. 52.6 (2013): 740-749
2. C. Aguilera-Cros, J. Povedano-Gómez, A. García-López. Neuroartropatía de Charcot. *Reumatología Clínica* 1.4 (2005): 225-227.
3. T. Concepción-Medina, O. Rodríguez-Hernández, L. Illada-Navarro. Artropatía de Charcot. Importancia del diagnóstico en fase aguda. *Rehabilitación* 45.1 (2011): 75-77.
4. David R. Sinacore, Nina C. Withrington. Recognition and management of acute neuropathic (Charcot) arthropathies of the foot and ankle. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 29.12 (1999): 736-746.