

# NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT

**Autores:** Julia Moser Ganduxer<sup>1</sup>, Núria Curós Bernet<sup>2</sup> y Jordi Forcada Gisbert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria

<sup>2</sup> Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
ABS Sant Roc- Gorg

**Correspondencia:** [juliamogan@gmail.com](mailto:juliamogan@gmail.com)

**Revisores:** Bernat de Pablo y M. Victòria Zamora

**Publicado:** febrero 2016

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

*Neuroartropatía de Charcot*

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

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

# INTRODUCCIÓN

La neuroartropatía de Charcot fue descrita el 1883 por el neurólogo Jean-Martin Charcot<sup>1,2</sup>. Es un proceso destructivo de las articulaciones del pie y tobillo que afecta a pacientes con neuropatía, asociada principalmente a diabetes mellitus<sup>1-4</sup>. Existen dos teorías que pueden explicar la patogenia de esta artropatía, una neurotraumática y otra neurovascular. Afecta por igual a hombres y mujeres, sin diferenciación étnica<sup>4</sup>. La prevalencia en pacientes diabéticos se encuentra entre 0,08-7,5%.<sup>1</sup> La articulación más frecuentemente afectada es la tarso-metatarsiana. Se presenta el caso de un paciente con impotencia funcional y deformidad en el pie de un mes de evolución que fue diagnosticado de esta entidad y una revisión de su clínica, diagnóstico y tratamiento.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de 72 años que consulta por inflamación y deformación progresiva en pie derecho que le impide caminar de un mes de evolución a raíz de una esguince de tobillo. Como antecedentes patológicos más relevantes presenta insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, miocardiopatía, obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina mixta. El paciente vive con su nieta y hasta que sucedió deambulaba sin dificultad.

En la exploración física presenta deformación del tobillo derecho con eritema, edema y aumento de

temperatura. Ante los síntomas se pide radiografía de tobillo (figura 1 y 2) que muestra aumento de las partes blandas, pérdida absoluta de la estructura del pie con fractura de la articulación de Chopart y subastragalina, fragmentación del cuello del astrágalo, inestabilidad completa de tobillo y subastragalina, y calcificación vascular. Ante el diagnóstico de osteoartropatía de Charcot el paciente es derivado a Reumatología y Unidad del pie diabético, que clasifican la patología en fase subaguda. Se inicia inmovilización con bota de yeso y descarga. Se pide gammagrafía ósea que indica destrucción ósea y hundimiento del tarso junto con total ausencia de captación al fragmento astragalino de la cúpula. Se mantiene el yeso durante 8 semanas y dado que la articulación se mantiene inestable, se cambia por una bota ortopédica de fijación.

## DISCUSIÓN

La neuroartropatía de Charcot es una enfermedad de carácter progresivo que se caracteriza por una inflamación, luxación articular y destrucción ósea que lleva a la deformación del pie. Actualmente está causada principalmente por la diabetes mellitus, generalmente, afectando a pacientes que la sufren desde hace más de 10 años<sup>1-4</sup>.

La etiología de la artropatía aguda de Charcot no está del todo clara. Se proponen dos teorías. La teoría neurotraumática postula que se produce por traumatismos inadvertidos o lesiones en un pie insensible y anestesiado. Los pacientes diabéticos que presentan neuropatía sensorial no experimentan ningún síntoma cuando se producen fracturas por estrés de manera que

continúan caminando, lo cual desencadena progresivamente la destrucción del hueso y de las articulaciones. La teoría neurovascular postula que se producen derivaciones arteriovenosas que llevan a un desequilibrio entre la resorción y la síntesis ósea que conduce a una desmineralización y debilidad.



Figura 1. Radiografía lateral del pie derecho



Figura 2. Radiografía frontal de pie derecho

Por tanto, la artropatía de Charcot se puede considerar como el resultado de la suma de una neuropatía periférica, un trauma inadvertido y repetitivo y/o la osteopenia<sup>1,4</sup>.

Se ha demostrado que realizar el diagnóstico en fase precoz y la aplicación de un correcto tratamiento es muy importante para evitar la deformación del pie y la consecuente discapacidad funcional que puede conllevar la amputación de la extremidad<sup>1</sup>.

La sospecha clínica se debe establecer en un paciente diabético de larga evolución que inicia un cuadro de dolor, aumento de la temperatura local, edema e hiperemia del pie y el tobillo con pérdida funcional de las articulaciones<sup>1-4</sup>. Esta clínica inicial es parecida a la de una celulitis, trombosis venosa profunda, o un ataque de gota, por lo que puede ser mal diagnosticado. La diferencia radica en que en la artropatía de Charcot los pulsos pedio y tibial posterior se palparán correctamente y la PCR y VSG serán normales, así como los leucocitos. El paciente no presentará fiebre y los requerimientos de insulina serán estables<sup>1,3</sup>. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y la radiografía, resonancia magnética y/o la gammagrafía ósea pueden acompañar para diferenciar la neuropatía de otros diagnósticos como la osteomielitis<sup>1-4</sup>.

El tratamiento suele ser conservador con inmovilización mediante bota de yeso y descarga de la extremidad durante al menos tres meses, iniciándose lo antes posible<sup>1-4</sup>. El paciente debe ser examinado cada 3-4 semanas para determinar la evolución del proceso y valorar posibles úlceras o maceraciones en la piel. También se aconseja realizar radiografías del pie y el tobillo para ver si hay signos de progresión de la enfermedad y consolidación ósea. Se retirará la inmovilización cuando hayan

desaparecido los signos de fase aguda (dolor, edema, aumento de la temperatura local), momento en el que se prescribirá un calzado especial y se realizarán revisiones clínicas periódicas para prevenir recurrencias, úlceras y deformaciones<sup>1</sup>.

La cirugía está indicada en pacientes con deformidades importantes o inestables que si no se tratan pueden acabar en la amputación de la extremidad<sup>1,4</sup>.

Existe la hipótesis de que tanto los bifosfonatos orales como intravenosos ayudan a disminuir la resorción ósea y aumentar la función osteoblástica en fase aguda de la enfermedad, reequilibrando la síntesis ósea causada por la neuropatía autonómica, disminuyendo el tiempo de duración de la inmovilización<sup>1,4</sup>.

En conclusión la neuroartropatía de Charcot es una enfermedad de difícil diagnóstico dado que no existen criterios definitivos ni pruebas que confirmen su existencia. Por este motivo los médicos que traten con pacientes diabéticos deben de estar atentos para la detección precoz de los signos agudos de la enfermedad y sospecharla ante un paciente diabético con neuropatía periférica y signos inflamatorios locales en un pie sin datos de laboratorio o síntomas de infección, iniciándose la inmovilización y la descarga de la extremidad tan pronto como sea posible<sup>1-4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

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.