

## **Característiques clíniques, radiològiques, evolució i tractament de pacients amb neuroartropatia de Charcot atesos en una Unitat de Peu diabètic d'àmbit hospitalari.**

**Viadé,J;**Reverter,JL;Pérez,R;Reynaga,E;Sopena,N; Sirvent,M; Priego,D;Moragas, G; Matas,M;Alonso,N;Puig-Domingo,M.

Unitat multidisciplinària de Peu Diabètic. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona

**Objectiu:** Analitzar les característiques clíniques, radiològiques, evolució i tractament de pacients neuroartropatia (NA) de Charcot atesos en una Unitat de Peu diabètic (UPD)d'àmbit hospitalari.

**Material i mètodes:** Estudi prospectiu de tipus descriptiu del període comprès des del 1 de juny 2013 al 31 de gener 2019. S'ha analitzat: a) característiques clíniques: edat, sexe, tipus de diabetis, lateralitat del peu, diagnòstic d'osteomielitis, evolució clínica (amputació, resolució, mortalitat); b) radiològiques: Rx simple de peu (projecció dors-plantar /perfil amb càrrega i obliqua interna), gammagrafia òssia amb leucòcits marcats, SPECT- TC; c) tractament: quirúrgic, mèdic i ortopèdic.

**Resultats:** S'han avaluat 71 pacients amb NA; edat mitjana de 60 anys (rang 39-85), 51 homes (71,8%), 91,5% amb diabetis mellitus tipus 2 (DM2). En relació a l'afectació d'extremitats, l'afectació més freqüent és la del peu esquerre 50,7% (n=36 ) seguida de la del peu dret 42,2% (n=30). Un 7% (n=5) dels pacients presenten afectació bilateral. L'anàlisi de la fase evolutiva del peu de Charcot segons la classificació d'Eichenholtz mostra: grau 0(peu normal): 21 (29,5%); grau I(desenvolupament i fragmentació): 11 (15,5%), grau II (coalescència):6 (8,4%), grau III (consolidació): 33 (46,4%). Anàlisi de la localització anatòmica (classificació de Pinzur en graus): I (tars-metatarsiana): 28 (39,4%), II(subastragalina i metatarsiana): 25 (35,2%), IIIA(turmel·la): 6 (8,4%), IIIB(calcani): 2 (2,8%), IV(múltiples regions): 5 (7%) i V(avant-peu):: 5 ( 7%). Un 47,8 % (n=34) de pacients no presenten ni úlcera ni osteomielitis associades, un 31% (n= 22) presenten osteomielitis, un 21% (n=15) presenten úlcera sense osteomielitis. A tots els pacients se'ls hi va realitzar una Rx de peu en diferents projeccions i a un 73% (n=52) es va practicar gammagrafia òssia i/o SPECT-TC. Es va practicar el següent tractament ortopèdic: 14 % (n=10) bota en guix sintètic; 40,8% (n=29) un Walker prefabricat, 25,3% (n=18) es van prescriure suport plantars i 17% (n=12) no va precisar cap tipus de tractament ortopèdic. En relació a l'evolució clínica en n=3 (4,2%)pacients es va realitzar amputació infracondílea i en n=11 (15,5%) una cirurgia ortopèdica reconstructiva. Durant el període de seguiment n=7 pacients van ser èxits, essent la causa en tots els casos no relacionada amb la NA.

**Conclusions:** L'atenció de pacients amb NA de Charcot a una UPD multidisciplinària d'àmbit hospitalari permet un abordatge integral de la mateixa que permet minimitzar al màxim el risc d'amputacions infracondílies. La NA requereix d'un tractament i seguiment per un equip multidisciplinari d'àmbit hospitalari. És indispensable protocol·litzar la seva actuació per un bon maneig i diagnòstic precoç per evitar l'amputació.