fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Fractura de cuello de fémur como forma de presentación de Osteoporosis Transitoria del Embarazo.

José Tomás Gómez Sáenz[1], Mª Rosario Zangróniz Uruñuela[1], Francisco Javier Santamaría Marín[1], Roxana Lidia Castillo Castro[2], Ronald Adhemar Castillo Castro[2], Mª Antonia Jiménez Romera[2].
1. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera (La Rioja).
2. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

José Tomás Gómez Sáenz.
e-mail: jtgomez@riojasalud.es
Centro de Salud de Nájera, Avenida La Rioja s/n. 26300 Nájera (La Rioja).

Citar como: Gómez Sáenz J T, Zangróniz Uruñuela Mª R, Santamaría Marín F J, Castillo Castro R L, Castillo Castro R A, Jiménez Romera Mª A. Fractura de cuello de fémur como forma de presentación de Osteoporosis Transitoria del Embarazo. fml. 2016; 20(13):5p

Recibido el 08/05/2014
Aceptado el 15/03/2016
Publicado el 25/04/2016

Resumen

Se presenta el caso de una mujer primigesta que, en la semana 35 de gestación, refiere dolor inguinal con limitación de la movilidad en la articulación coxofemoral izquierda. Tras el parto presenta imposibilidad de bipedestación por fractura de cuello de fémur. Las pruebas de imagen fueron compatibles con una osteoporosis transitoria de cadera.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Introducción

La osteoporosis transitoria del embarazo (OTE) es una patología poco frecuente de etiología no determinada que se localiza más frecuentemente en cadera izquierda manifestándose en el último trimestre del embarazo y en menor medida en el postparto.

La OTE pertenece al grupo de enfermedades incluidas en el término "Síndrome de edema transitorio de médula ósea" (SETMO) que hace referencia a un modelo de edema óseo difuso en imágenes por resonancia nuclear magnética (RNM), en ausencia de osteopenia demostrada radiológicamente. Se localiza con más frecuencia a nivel femoral proximal, aunque puede observarse en rodillas, tobillos y con menor frecuencia a nivel de diáfisis tibial (1). Su patogenia no está clara, involucrándose diversos factores como micro traumatismos, micro fracturas trabeculares por disminución de la masa ósea, alteración circulatoria por compresión del obturador o del simpático pelviano en el útero grávido, aunque ninguna de estas teorías están aceptadas de modo generalizado.

En la mayoría de los casos suele pasar desapercibida, siendo su prevalencia exacta desconocida. La clínica se suele atribuir a dolores de espalda producidos por la exageración de la lordosis fisiológica del embarazo, contribuyendo también al infra diagnóstico el hecho de la no realización de radiografías y obviamente densitometrías en mujeres embarazadas, así como la autolimitación del proceso (2).

Ambos sexos pueden verse afectados, siendo la cadera y la columna las localizaciones más frecuentes. Dos tercios de los casos se presentan en varones. En ellos el SETMO presenta un pico de incidencia entre los cuarenta y sesenta años con mayor afectación en rodilla y tobillos que en las mujeres. El pico de incidencia en mujeres se encuentra entre los veinte y cuarenta años, asociado en ocasiones al tercer trimestre del embarazo y la lactancia (3). El cuadro se caracteriza por dolor severo en la ingle o en el muslo, asociado a pronunciada osteopenia de una o ambas caderas.

El dolor evoluciona de forma progresiva siendo de tipo mecánico en una de las dos caderas con cojera sin antecedentes traumáticos hasta alcanzar su máxima intensidad al final del tercer trimestre. La resolución es espontánea a los 6-8 meses de inicio del cuadro, tanto clínica como radiológicamente. El manejo incluye reposo relativo, analgesia según necesidad. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la necrosis ósea avascular, fracturas por estrés, artritis Inflamatorias, patologías tumorales o pseudotumorales y sinovitis vellonodular(4).

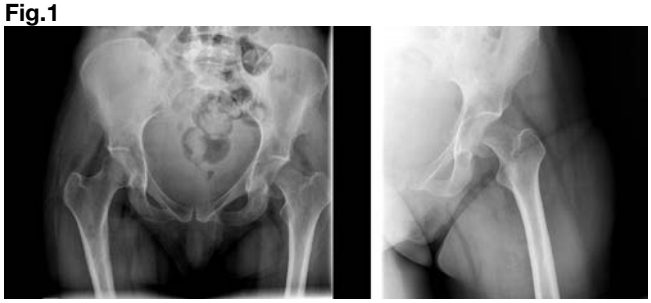
El objetivo de esta comunicación es informar de un caso clínico de esta infrecuente patología y su manejo apropiado. La fractura de cadera es una complicación excepcional de la (OTE). En una revisión de 2011 tan sólo se habían publicado 16 casos en la literatura mundial(3).

Caso clinico

Primigesta de 30 años de edad, diagnosticada de hipotiroidismo al inicio de la gestación en tratamiento con levotiroxina 75 µgr/día. Hacia la 35 semana, sin antecedente traumático, comienza de modo brusco con dolor inguinal izquierdo irradiado a rodilla homolateral. El dolor aumentaba con la carga y cedía parcialmente con reposo y analgesia. A la exploración física se apreciaba limitación y movilidad dolorosa de cadera izquierda que se acentuaba con la rotación interna, sin acortamientos ni angulaciones. En el momento del parto, la paciente refirió dolor agudo con percepción de chasquido en dicha cadera con imposibilidad completa para la bipedestación y marcha. A la exploración se evidenció acortamiento y rotación interna.

En la radiografía se observó una fractura subcapital de cadera con ligero desplazamiento (fig. 1). En TAC de pelvis se aprecia fractura subcapital de trazo oblicuo con ligero ascenso

Fig.1



del segmento distal el cuello, engrosamiento de partes blandas con edema perifracturario y derrame junto con disminución de la densidad radiológica en relación con OTE (fig. 2). La RNM se informa como fractura de cuello de fémur con hipointensidad en T1 con leve hiperintensidad en T2 a nivel subcortical de la cabeza femoral izquierda, hallazgos compatibles con edema de la cabeza y cuello femoral con sinovitis asociada, sin signos que sugieran metástasis o necrosis avascular.

Fig.2

Se redujo la fractura y se trató con osteosíntesis con 3 tornillos canulados y 2 arandelas de cadera izquierda (fig. 3) con mejoría sintomática. A los 12 meses es sometida a exéresis de material de osteosíntesis, sin presentar nueva clínica.

Fig.3

Discusion

Curtiss y Kinkaid en 1959 describieron por primera vez la presencia de osteopenia radiológica en la cadera de tres mujeres en el último trimestre de gestación. Desde entonces sólo se han registrado en la literatura 200 casos (5)

Algunos autores describen 4 subdivisiones del SETMO en la mujer: osteoporosis idiopática del embarazo, osteoporosis transitoria de cadera en el embarazo, osteoporosis lumbar post-embarazo o asociada a lactancia y la osteoporosis inducida por fármacos (2).

En el embarazo y la lactancia los requerimientos de calcio se incrementan, por lo que los mecanismos adaptativos pueden tener un efecto negativo sobre la masa ósea favoreciendo la osteoporosis materna, debido a la desmineralización causada por el alto recambio óseo. Entre los mecanismos adaptativos como respuesta al aumento de las necesidades que implica la gestación destacan el aumento de los niveles PTHrP (proteína relacionada con la hormona paratiroidea) y las citoquinas. En la lactancia destacan el aumento de la PTH (hormona paratiroidea) y prolactina, con disminución de los estrógenos (6). Estos cambios conllevan un aumento del recambio óseo con disminución de la densidad mineral ósea (generalmente mínima y transitoria) (6).

Entre múltiples causas es importante hacer diagnostico diferencial de OTE con:

Osteonecrosis. (necrosis avascular, osteonecrosis, necrosis aséptica o infarto óseo).

Es un término que hace referencia a un proceso patológico que conduce a la muerte de los constituyentes de la médula ósea (osteocitos, médula grasa y tejido hematopoyético) (7). La osteonecrosis se diferencia del infarto óseo por su localización. El primer término se reserva para la afectación epifisaria que involucra a la cortical, mientras que el segundo se reserva para las localizaciones metafiso-diafisarias en las que la necrosis afecta únicamente al hueso medular (7).

Se reconocen diferencias significativas entre la osteonecrosis primaria y la secundaria. En la osteonecrosis primaria, espontánea o idiopática, no se implican los mismos factores predisponentes y se cree que es consecuencia de una fractura por insuficiencia del hueso subcondral (7). En las pruebas de imagen radiológica son típicos los cambios de lucencia, la disminución del espacio articular con esclerosis de la cabeza femoral

Fig.4

y el colapso subcondral (Fig. 4), hallazgos que no aparecen en la OTE. La osteonecrosis secundaria es una lesión de origen isquémico y se relaciona con factores predisponentes, como los traumatismos, alcoholismo, los corticoides, infecciones, el hiperbarismo, enfermedades infiltrativas de médula ósea, los trastornos de coagulación y las enfermedades hematológicas (7).

Distrofia simpática refleja (Síndrome de dolor regional complejo (SDRC)).

La definición es inespecífica siendo los síntomas y signos prioritarios en el diagnóstico: dolor, edema, cambios inflamatorios de las partes blandas o trastornos en la movilidad que también están presentes en el edema óseo transitorio (7). En el SDRC se produce una desregulación del flujo sanguíneo, con dolor, hipertermia y cambios cutáneos, con ocasional progresión hacia la atrofia cutánea, ausentes los últimos en el SETMO (1).

Otras: Osteoartritis, infección (osteomielitis, artritis séptica), artropatías reumáticas, fibromialgia, sinovitis vellonodular pigmentada, fracturas por estrés y procesos neoplásicos (metástasis, mieloma, linfoma o tumor óseo primario) (6,8). Es imprescindible el estudio con RNM para alcanzar un correcto diagnóstico.

Diversas circunstancias añadidas a la gravidez y la lactancia pueden desembocar en un descenso en el pico de masa ósea, destacando la corticoterapia, tratamientos prolongados con heparina, reposo prolongado en cama, hipertiroidismo, menarquía precoz, baja ingesta de calcio e hipoparatiroidismo (6).

El tratamiento se basa en la descarga de la articulación para evitar que las microfracturas se conviertan en fracturas patológicas (4),asociando analgesia para el dolor. El calcio, calcitonina o los antiinflamatorios no acortan el período clínico de la enfermedad(5), teniendo además en cuenta que el uso de AINES a partir de la 27 semana de gestación favorece el cierre precoz del ductus en el feto (9). Se debe asociar fisioterapia de rehabilitación. EL SETMO habitualmente tiene una evolución favorable hacia la recuperación sin secuelas en un plazo variable de 2 meses a 1 año (10) .

En la gestante, principalmente en el último trimestre o en periodo puerperal, consideramos necesario descartar la presencia de una OTE ante todo dolor inguinal o en zonas contiguas a la cadera. De igual manera, es importante para la confirmación del diagnóstico la RNM que es la prueba primordial (10) ya que las alteraciones aparecen precozmente tras los síntomas. La radiografía simple no estaría contraindicada en el último trimestre si bien la osteopenia radiológica es detectable un mes después que la RNM, entre tres y ocho semanas tras el inicio de los síntomas (3).

Las pruebas de laboratorio son habitualmente normales, excepto la VSG y los niveles de hidroxiprolina en orina, que se encuentran normalmente elevados en el tercer trimestre del embarazo, incluso en ausencia de OTE; la aspiración de liquido articular y las biopsias sinovial y ósea no aportan información para el diagnostico (3).

Ninguna de las medidas terapéuticas parece alterar el curso naturalmente benigno de esta patología. Sin embargo el reposo en cama y la limitación de la carga serían medidas fundamentales (4).

Bibliografía

(1) Mifsut Miedes D, Sánchez Mateo F y Mora Iter X. Síndrome de edema transitorio de médula ósea en tibia. A propósito de un caso. Revista española de cirugía osteoarticular 2001;36(208):187-91.

(2) Gómez de Tejada Romero MJ, García Caballero A, Groba Marco M, Cárdenes León A, Lázaro Archilla J y Sosa Hénriquez M. Osteoporosis del embarazo. presentación de cinco casos y seguimiento a largo plazo. Rev Osteoporos Metab Miner 2012;4(2):57-62.

(3) Vergara-Ferrer A, Cornet-Flores B y Sevillano-González L. Osteoporosis transitoria del embarazo complicada con fractura subcapital de cadera: Caso clínico y revisión de la literatura Rev esp cir ortop traumatol.2011;55(3):215-219.

(4) Barrera RM, González M y De Cicco A. Osteoporosis transitoria de cadera relacionada con el embarazo. Revista del Hospital Privado de Comunidad. Accesible en http://www.hpc.org.ar/images/revista/232-v5p20.pdf. Último acceso 17 de marzo de 2014.

(5) Berenguel Martínez P, Ríos Luna A, De Haro Ramírez N y Parrilla Ruiz F.M. Osteoporosis transitoria de cadera en una gestante, Emergencias 2006;18:368-370.

(6) Lacoponi S, Cuerva M, Magdaleno F y González A. Osteoporosis transitoria del embarazo: caso clínico. Rev Chil Obstet Ginecol 2011;76(2):118-21.

(7) Fernández Cantón G. Del edema de médula ósea a la osteronecrosis. Nuevos conceptos. Reumatol Clin 2009;5(5):223-7.

(8) García Renedo RJ, Ortíz Menéndez A, Giráldez Sánchez M, Ribera Zabalbeascoa J y Gonzalo DH. Gonalgia aguda en el embarazo: reporte de un caso de osteoporosis regional transitoria. Reumatol Clin 2010;6(2):99-101.

(9) Martínez López JA. Revisión sistemática: ¿es seguro el uso de AINE durante el embarazo en mujeres con afección reumática?. Reumatol Clin. 2008;4(5):191-6

(10) Bruscas Izu C,San Juan de la Parra S.Osteoporósis transitoria de ambas caderas en el embarazo. Reumatol Clin. 2013.http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.01.009.