

CASO CLÍNICO

---

## **Necrosis avascular de cadera en adulto joven. Es necesario pensar en ella.**

---

**M<sup>a</sup> Victoria Vidal Vargas<sup>1</sup>, Manuel Rodríguez-Piñero Durán<sup>2</sup>, Belén Romero Romero<sup>3</sup>, Aguas-santas Jiménez Sarmiento<sup>4</sup>.**

1. FEA Servicio de Medicina Física y Rehabilitación HUVMACARENA.
2. Medico de Familia y Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación , jefe de servicio deRehabilitación HUVMACARENA.
3. FEA Servicio de Medicina Física y Rehabilitación HUVMACARENA.
4. FEA Servicio de Medicina Física y Rehabilitación HUVMACARENA.

M<sup>a</sup> Victoria Vidal Vargas.  
E-mail: viviva001@gmail.com

Recibido el 12/09/2014  
Aceptado el 17/05/2016  
Publicado el 24/05/2016

Citar como: Vidal Vargas M<sup>a</sup> V., Rodríguez-Piñero Durán M., Romero Romero B., Jiménez Sarmiento A. S.  
Necrosis avascular de cadera en adulto joven. Es necesario pensar en ella. fml. 2016; 20(19):4p

---

## Resumen

A menudo acuden a consultas pacientes que refieren dolor difuso e impreciso, en tercio proximal de miembro inferior, por cara anterior o lateral de muslo. Con relativa frecuencia pensamos que estamos ante un cuadro de lumbociática. Pero debemos realizar adecuada anamnesis y exploración clínica para pensar en otras posibles opciones diagnósticas.

## Introducción

El dolor de origen musculoesquelético es una causa frecuente de consulta en atención primaria. Cuando un paciente consulta por dolor en tercio proximal de miembro inferior, puede referir síntomas y localización del dolor muy variados: dolor en cara anterior del muslo hasta rodilla, dolor en cara externa de la cadera, inguinal, en región glútea, en cara posterior de la pierna hacia el pie, a veces en bipedestación, sentado o caminando y asociado o no a dolor lumbar. En cuanto a características del dolor, podemos encontrar que puede ser: continuo con exacerbaciones, brusco e intenso de corta duración, intermitente. Síntomas subjetivos que el paciente puede referir: crujidos, claudicación en la marcha, sensación de bloqueo y de debilidad muscular que puede expresar como "parálisis". Este tipo de presentaciones clínicas pueden precisar la realización de un diagnóstico diferencial para conseguir un abordaje exitoso. Con estas características clínicas debemos pensar en dos posibilidades diagnósticas: dolor lumbar con irradiación a extremidad inferior y dolor con origen en articulación coxofemoral.

Con la presión asistencial, tenemos que hacer un gran esfuerzo para rentabilizar el tiempo de consulta con el paciente y realizar una orientación diagnóstica adecuada del cuadro clínico.

## Caso clínico

Paciente de 42 años, que camina con ayuda de un bastón; que acude a consulta de Rehabilitación, derivado de atención primaria por dos motivos: contusión reciente en mano por caída y ciatalgia izquierda de larga evolución. Pendiente también de valoración por neurólogo porque según el paciente se caía frecuentemente.

Como antecedentes personales se recogen: lumbociática desde hace 3 años, fumador trastorno de ansiedad en tratamiento con loracepam 2mg.

## Anamnesis:

Dolor en pierna izquierda desde hace 3 años, motivo por el que había acudido varias veces a servicios de urgencias y a su médico de atención primaria. En las consultas de traumatología le habían visto hacía dos años, donde la RNM columna lumbar, que informaba de Protrusión Discal L5-S1.

Al pedirle que localice la zona de dolor, el paciente señala la región glútea y peritrocantérea, con referencias de que a veces se le pasa al muslo.

Sobre el motivo del uso del bastón refiere que le da seguridad porque la pierna le falla y se cae con frecuencia; precisamente por una de estas caídas tuvo la contusión en la mano que era uno de los motivos de derivación.

Se le pregunta por su actividad laboral y refiere dedicarse a la construcción pero que "así no puede trabajar en ningún sitio".

## Exploración física:

El paciente camina con claudicación y ayudado de un bastón.

Respecto a la contusión en mano, que era uno de los motivos de consulta, presentaba edema global en articulaciones metacarpofalángicas, con limitación en la flexión de las mismas, en radiografía en proyecciones anteroposterior y oblicua no se visualizaba lesión ósea y se indicó fisioterapia para recuperación funcional de la misma.

En cuanto al dolor en miembro inferior se realizó exploración de columna lumbar y cadera.

Columna lumbar: no dolor en la palpación de apófisis espinosas, articulaciones facetarias ni musculatura paravertebral, movilidad conservada de raquis lumbar y sin dolor, difícil la exploración neurológica de las raíces lumbares por la reproducción imprecisa de su dolor a las sollicitaciones de movimientos que se le hacían para descartar lesión radicular; no se objetivaron déficits sensitivos en miembros inferiores y los reflejos osteotendinosos estaban presentes y simétricos.

Cadera: En decúbito supino se le realiza flexión de rodilla y cadera, sin queja llamativa de dolor, hasta que asociamos la rotación interna de la cadera, momento en que salta inmediatamente la alarma porque la rotación interna se encontraba totalmente bloqueada y si era muy dolorosa; al realizar la misma maniobra en pierna derecha objetivamos signos muy parecidos, pero de

menos intensidad.

A la vista de dicha exploración, pensamos que es improbable el origen lumbar del dolor y hacemos nueva orientación diagnóstica.

### **Sospecha diagnóstica:**

Coxopatía bilateral

### **Plan Actuación:**

Se solicitan Rx AP de caderas comparadas y RNM ambas caderas

### **Pruebas Complementarias:**

Rx caderas: signos degenerativos evolucionados en ambas articulaciones coxofemorales, (Figura 1) más evolucionados en cadera izqda (Figura 2) Y más específicamente en cabeza femoral.

Resonancia Nuclear Magnética (RNM) ambas caderas: áreas de lesiones óseas epifisarias en ambas caderas compatibles con áreas de osteonecrosis grado III de FICAT. Mínimo derrame inflamatorio en ambas caderas. Pequeñas áreas de osteocondritis o edema óseo en los márgenes articulares de ambos acetábulos. (Figura 3).

Ante las pruebas complementarias y exploración física, derivamos al paciente a la Unidad de Cadera de Cirugía Ortopédica para, muy probablemente artroplastia de cadera.

### **Discusión**

La existencia de síntomas imprecisos de dolor y limitación para actividades habituales, referidos a tercio proximal de extremidad inferior, nos debe poner sobre aviso respecto a diagnóstico diferencial de dos tipos de patología: lumbar y cadera.

Al explorar a este paciente sin síntomas ni signos en relación a patología lumbar, nos hizo descartar de inmediato origen lumbar de su problema; en cambio se detectaron signos de proceso patológico en articulación coxofemoral. La existencia de protrusión discal, no implica clínica lumbar forzosamente, ya que por otra parte este diagnóstico en RNM, es en muchas ocasiones un hallazgo sin correlación clínica. Además, el diagnóstico por imagen aislado de protrusión discal sin compromiso radicular, no justificaría la clínica tan sintomática en extremidad inferior.

El paciente no presentaba ningún problema neurológico, al que se achacaran las caídas; sufría caídas por bloqueo de la articulación coxofemoral.

La osteonecrosis no traumática de la cabeza femoral (NAO) es una enfermedad que afecta a personas entre la tercera y quinta décadas de la vida, más frecuente en el varón y en el 60% de los casos es bilateral. La osteonecrosis de cadera puede llegar a producir una grave limitación funcional de la cadera del paciente, lo que condiciona su vida laboral y social en una edad plenamente productiva. Se ha de tener en cuenta que en el 75-80% de los casos de osteonecrosis avascular de cadera no tratadas se produce un colapso condral con las consiguientes repercusiones articulares.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez por Alexander Munro en el año 1738, aunque se atribuye a Freund la primera descripción detallada de la necrosis bilateral de la cabeza femoral, en el año 1926, que más tarde, en el año 1936, pasó a denominarse idiopática.

Aunque, a lo largo de la historia se han propuesto muchas teorías etiopatogenias y múltiples causas de osteonecrosis, poco se ha conocido hasta hace poco tiempo sobre su fisiopatología inicial o sobre los mecanismos patogénicos implicados.

Los factores etiológicos implicados hasta el momento son: alcoholismo, tabaquismo, hemoglobinopatías, hiperglicemias, hiperuricemia, anemia drepanocítica, osteodistrofia renal, obesidad, uso sistémico de esteroides, shock séptico, enfermedad inflamatoria intestinal, lupus eritematoso sistémico, neoplasias, embarazo.

El hecho de que no se detecte factor etiológico alguno en aproximadamente el 70% de los casos y que no se conozca el por qué determinados factores condicionan la aparición de esta entidad en unos sujetos y en otros no, hace sospechar la existencia de una predisposición genética a padecer esta patología.

La sintomatología predominante es la coxalgia, que puede debutar de forma brusca e intensa o bien mostrar una evolución progresiva con características mecánicas. Se acompaña de una contractura muscular periarticular asociada, en la mayoría de los casos, y una limitación de la movilidad articular activa y pasiva, especialmente marcada en los movimientos de abducción y rotación. Todo ello puede dar lugar a una importante discapacidad.

El diagnóstico clínico se confirma mediante el estudio por la imagen. La radiología simple es una técnica que sirve para el diagnóstico en etapas tardías.



Ante la sospecha de NAO se recomienda utilizar la RNM y la gammagrafía ósea. Esta última es poco específica, pero sensible para localizar las zonas afectadas. El mejor método no invasivo es la RM, donde se ven imágenes homogéneas o no, con disminución de la señal en la región subarticular. Si persiste la sospecha de NAO y la RM es normal se debe hacer una gammagrafía ósea que, si también resultase negativa, se aconseja repetir cada 2-4 meses.

El tratamiento a aplicar está en función del estadio de Ficat en que se encuentre la NAO. En los estadios iniciales I y II la aplicación de magnetoterapia a baja intensidad (0-40 Gauss) mediante campos electromagnéticos pulsados, ha demostrado su efectividad, así como orientación y consejos respecto a normas y ejercicios adecuados. También se ha utilizado la descompresión quirúrgica del núcleo en estos estadios. En los estadios avanzados III y IV el tratamiento de elección, a menos que existan contraindicaciones formales, es la realización de una artroplastia total de cadera, que ha mostrado unos buenos resultados a largo plazo en estos pacientes.

La confusión de síntomas de una coxopatía con los de una lumbociatalgia es una circunstancia relativamente frecuente en todos los niveles asistenciales, en otras cosas porque la prevalencia de patología de columna en la edad media es mucho mayor que la que arroja la patología en cadera, por lo que en este tipo de procesos se hace necesario plantear diagnóstico diferencial y conocer las distintas posibilidades diagnósticas; sobre todo por el beneficio de nuestros pacientes.

## Bibliografía

Bereciartua Gonzalez M, Bartolome Villar A, Llamas Cascon E, Asenjo Siguero JJ, Garcia Mendez P. Necrosis aseptica bilateral de cabeza femoral Trauma Fund MAPFRE (2008) Vol 19 n° 2:8587.

Renovell P., Silvestre A., Escriba I. Etiopatogenia de la osteonecrosis idiopática de cadera. Situación actual. Revista Espanola de Cirugia Osteoarticular. N.º 238. Vol. 45. ABRIL - JUNIO 2009.

M. A. Castellano Del Castillo, A. Gonzalez Alvarez\*, M. A. Blanco Ramos Coxalgia cronica: necrosis avascular de la cabeza femoral Vol. 12 - Num. 1 - Enero 2002. MEDIFAM 2002; 12: 62-65.

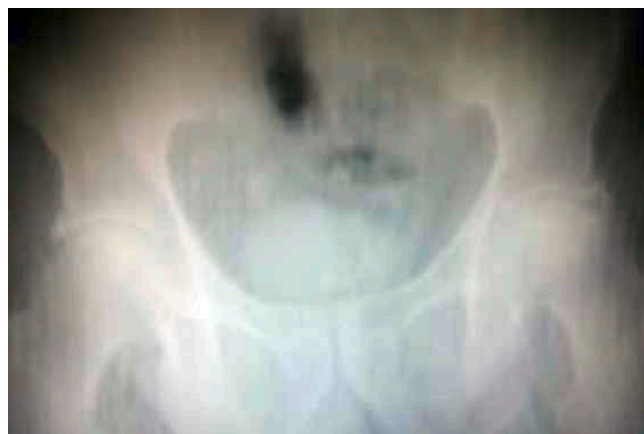


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

