

## Dolor agudo de rodilla en paciente añoso

I. Etxebarria Foronda<sup>a</sup>, J. Sáenz de Ugarte Sobrón<sup>b</sup>, E. Esnal Baza<sup>c</sup> y X. Goikoetxea Uriarte<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Médico Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava.

<sup>b</sup>Médico Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava.

<sup>c</sup>Médico Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava.

<sup>d</sup>Médico Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava

La osteonecrosis de rodilla es un cuadro relativamente frecuente que puede originarse de una manera espontánea sin una etiología claramente demostrable o de una forma secundaria con unos factores de riesgo asociados identificables. Presentamos un caso de osteonecrosis de rodilla en una paciente que consulta por dolor en la misma de instauración aguda. Se describen las características clínicas de esta entidad junto con sus opciones diagnósticas y terapéuticas.

*Palabras clave:* osteonecrosis, necrosis ósea avascular, rodilla.

Osteonecrosis of the knee is a relatively frequent picture that may arise spontaneously without a clearly demonstrable etiology or secondarily with some identifiable associated risk factors. We present a case of osteonecrosis of the knee in a patient who consulted due to acute onset knee pain. The clinical characteristics of this entity together with its diagnostic and therapeutic options are described.

*Key words:* osteonecrosis, avascular bone necrosis, knee.

### INTRODUCCIÓN

El dolor de rodilla en personas mayores generalmente se asocia a patología degenerativa, considerando incluso que es probable la presencia de síntomas osteoarticulares a medida que avanza la edad. Presentamos un caso de osteonecrosis de rodilla, que puede debutar con clínica de súbito comienzo en ocasiones, y que puede ser confundido con otras entidades o pasar desapercibido, todo ello complicado por el hecho de que las exploraciones complementarias presentan normalidad en las fases iniciales.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 72 años que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por dolor intenso en su rodilla derecha que comenzó bruscamente la noche anterior, sin antecedente traumático y que ella relaciona con el esfuerzo realizado durante una marcha a pie de unos pocos kilómetros la tarde previa a la consulta. Es una mujer activa y sana, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de especial interés salvo una hipertensión arterial bien controlada con un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA).

Al realizar la exploración presenta un dolor a la palpación en el lado interno de la rodilla que aumenta con la movilización en flexo-extensión, con maniobras meniscales dudosas en el compartimento interno, sin laxitudes ni inestabilidades aparentes. No tiene bloqueo ni derrame articular. Las radiografías iniciales son normales y la paciente es tratada de forma sintomática en espera de ver la evolución posterior del cuadro.

Las dos primeras semanas el dolor es de difícil control, siéndole pautado aceclofenaco, metamizol y tramadol. Pasado este tiempo el dolor disminuye, pero persisten molestias en la zona interna de la rodilla que limitan la actividad de la paciente y que hacen que sea precisa medicación de manera prácticamente habitual.

Es vista en la consulta de traumatología aproximadamente cuatro meses después del comienzo del cuadro. Se repite el estudio radiológico en el que se puede apreciar en el cóndilo interno una zona radiotransparente en el hueso subcondíleo con un halo esclerosante circundante (fig. 1). Se realiza el diagnóstico de osteonecrosis espontánea de rodilla que se confirma mediante resonancia magnética.

### DISCUSIÓN

La osteonecrosis (ON) de rodilla es un cuadro clínico relativamente frecuente que comprende dos entidades bien diferenciadas: la ON espontánea o idiopática y la secundaria<sup>1,2</sup>.

Correspondencia: I. Etxebarria Foronda.  
C/ Pio XII, Nº 13, 5º izda.  
01004 Vitoria-Gasteiz (Álava)  
Correo electrónico: ietxe@yahoo.es

Recibido el 2-12-2004; aceptado para su publicación 22-2-2005



**Figura 1.**

La primera es una enfermedad que generalmente aparece en pacientes de más de 60 años, mujeres en su mayoría, sin desencadenante claro salvo pequeños traumatismos o sobreesfuerzos físicos y que no est  asociada a ningún factor de riesgo conocido. Suele cursar con un comienzo agudo y una evolución variable en función del grado de lesión. Se localiza típicamente en el cóndilo femoral interno, aunque también puede darse en el externo y el platillo tibial. Suele ser una lesión única y es raro que se impliquen otras articulaciones.

La ON secundaria aparece en pacientes más jóvenes, habitualmente menores de 50 años, es más numeroso en mujeres y la sintomatología suele tener un comienzo de lo más insidioso. Las lesiones a menudo son de mayor tamaño y de localización múltiple, en cóndilos femorales y platillos tibiales. Existen factores clásicos de riesgo asociados a la ON como el tratamiento con corticoides, el alcohol, enfermedades reumáticas, hemoglobinopatías etc., y muy frecuentemente puede asociarse afectación de otras articulaciones, sobre todo la cadera.

En ambos casos la radiología simple al comienzo de los síntomas es normal, evolucionando posteriormente, y en

algunas ocasiones al cabo de varias semanas e incluso meses, por varios estadios secuenciales que llevarán finalmente al colapso óseo y degeneración articular.

La resonancia magnética es la prueba diagnóstica de elección para detectar cambios precoces, aunque teniendo en cuenta que éstos pueden no ser apreciables durante un período inicial variable<sup>3</sup>.

El tratamiento al principio debe ser conservador, con descarga de la articulación mediante muletas, analgesia, antiinflamatorios y ejercicios de potenciación de cuádriceps. En ocasiones, estas medidas pueden ser suficientes para resolver el cuadro, sobre todo en la ON espontánea, pero otras veces la evolución clínica es pobre y es preciso adoptar actitudes más agresivas que incluyen la descompresión  sea, el desbridamiento artroscópico, aloinjertos osteocondrales, osteotomías o la sustitución protética total o unicompartmental. Esta última fue la opción empleada para resolver el caso con resultados satisfactorios y buena evolución clínica posterior.

Nosotros queremos llamar la atención sobre esta enfermedad, menos conocida que la ON en otras localizaciones como por ejemplo la cadera y que puede pasar desapercibida<sup>4</sup> al relacionarse los síntomas, especialmente en gente añosa, con patología artrítica incipiente o con roturas degenerativas de menisco, que si bien pueden coexistir, no son el origen de la clínica que lleva a estos pacientes a la consulta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lotke PA, Ecker ML, Lonner J. Osteonecrosis espontánea. En: Insall JN, Scott WN, editors. Surgery of the knee. 3rd ed (ed en español). Madrid: Ed Marban; 2004. p. 417-37.
2. Mont MA, Rifai A, Baumgarten K, Hungerford DS. Osteonecrosis de la rodilla. En: Insall JN, Scott WN, editors. Surgery of the knee. 3rd ed (ed en español). Madrid: Ed Marban; 2004. p. 438-56.
3. Meenagh GK, Wrigth GD. Debilitating knee pain in a patient with "normal" radiographs. Ann Rheum Dis. 2001;60:650-2.
4. Gutowski WT. Spontaneous osteonecrosis of the knee. Am Fam Physician. 1985;31(4):151-6.