

# Afectación de la cadera en la tabes dorsal

F. Cabanes-Soriano y M.J. Sangüesa-Nebot

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

**Objetivo.** La artropatía neuropática tabética a nivel de la cadera es una afección poco frecuente pero muy devastadora. Resultado de las lesiones medulares en la tabes, se continúa discutiendo sobre su patogenia concreta. Los problemas en el abordaje de esta patología incluyen el diagnóstico no siempre fácil y la actitud terapéutica tanto de la enfermedad general de base como de la patología en esta articulación.

**Caso clínico.** Se realiza la descripción de un caso clínico con los estudios realizados para su diagnóstico específico y se valora la actitud no quirúrgica adoptada en función de los casos previamente publicados.

**Conclusiones.** El resultado de cualquier tratamiento iniciado en la cadera tabética es difícil de predecir.

**Palabras clave:** cadera tabética, artropatía tabética, tabes, sífilis terciaria, tabes dorsal, artropatía neuropática.

## Hip involvement in tabes dorsalis

**Objective.** Tabetic neuropathic arthropathy of the hip is infrequent but devastating. While it is the consequence of spinal lesions in tabes dorsalis, the specific pathogenesis of the complication is unclear. The approach to the problem includes diagnosis, which is not always easy, and a therapeutic strategy for the underlying disease and joint pathology.

**Case report.** A clinical case and the studies carried out for specific diagnosis is reported. The conservative, nonsurgical attitude adopted in view of the results of previously published cases was assessed.

**Conclusions.** The outcome of any treatment for a tabetic hip is difficult to foresee.

**Key words:** tabetic hip, tabetic arthropathy, tabes, tertiary syphilis, tabes dorsalis, neuropathic arthropathy.

Con la disminución de la frecuencia de la sífilis tardía, gracias al tratamiento efectivo de la enfermedad en sus fases iniciales, la tabes dorsal ha pasado a ser una afección rara, dejando atrás aquellos momentos en los que era la causa más frecuente de artropatía neuropática. Esta disminución en la clínica de la tabes dorsal y el hecho de que las artropatías neuropáticas tabéticas aparecen sólo en el 5%-10% de los tabéticos<sup>1,2</sup>, determinan la escasa frecuencia en la clínica de esta patología. Los problemas neuropáticos a nivel de la cadera siempre han sido relativamente poco frecuentes al estar ésta mejor protegida y bajo menos fuerzas de sollicitación mecánica y presión que las otras articulaciones de los miembros inferiores. Además de que la inervación de la ca-

dera también es mayor y proviene de diversos segmentos medulares<sup>3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 67 años de edad remitido desde su Centro de Atención Primaria por dificultad a la deambulación acompañada de algún dolor a nivel de cadera derecha. El historial clínico del paciente no refería ningún antecedente de interés. La radiología simple inicial (fig. 1) con la que era remitido mostraba a nivel de la articulación coxofemoral derecha una imagen de calcificación subcondral con hundimiento de la superficie, reacción ósea periférica y una relativamente bien conservada interlínea articular, apreciándose una aparente distensión capsular con algún detritus óseo. Estos cambios degenerativos, sin patología adicional, fueron diagnosticados de osteoartrosis. Un mes después de esta radiografía el paciente refiere, sin ningún antecedente traumático, un cuadro brusco de imposibilidad de apoyar el pie en el suelo por acortamiento de la extremidad, teniendo durante unos días dolor, aunque no excesivo. Intentó el uso de andador, siendo incapaz de apoyo real dada la dismetría.

### Correspondencia:

F. Cabanes-Soriano.  
Servicio de Traumatología y Ortopedia.  
Hospital Arnau de Vilanova.  
C/ San Clemente, 27.  
46015 Valencia.  
Correo electrónico: fcabaness@medynet.com

Recibido: octubre de 2002.

Aceptado: febrero de 2003.



**Figura 1.** Radiología simple inicial, con alteraciones a nivel de la articulación coxofemoral derecha.

La exploración clínica en este momento muestra una buena movilidad articular (flexión 90°, extensión 0°, rotación interna 30°, rotación externa 40°, abducción 50° y adducción 40°), presentando un telescopaje de 4 cm y una dismetría clínica de 2,8 cm por acortamiento de la extremidad inferior derecha. En el momento de esta exploración no se observan roces ni crujidos, que el paciente refería esporádicos.

En la radiología simple de ese momento (fig. 2) se aprecia una fractura del cuello femoral espontánea con una devastadora desestructuración de la articulación: una destrucción importante de la cabeza femoral con desaparición parcial de la misma y del cuello femoral, así como una grave destrucción, erosión y desorganización del acetábulo. Alrededor de la articulación se ven osificaciones en la cápsula.

El estudio mediante resonancia magnética nuclear (RMN) solicitado para valorar la extensión de la gran afectación de partes blandas que se intuye en la radiología simple, confirma los hallazgos descritos en dicha radiología, así como la existencia de los detritus óseos a nivel de las partes blandas circundantes. Muestra la fractura del cuello femoral con un fragmento de la cabeza en la cavidad acetabular que se ve erosionada y ampliada en sentido craneal, impactándose finalmente la cabeza en la vertiente superior. Se apreciaba gran derrame articular con engrosamiento de la cápsula. El proceso inflamatorio se extendió a los tejidos blandos adyacentes intrapélvicos, correspondientes a la musculatura de la pared interna de la pelvis (fig. 3).

Los estudios de imagen junto con la característica evolución clínica muestran características de artropatía neuropática, por lo que se solicitaron pruebas complementarias para valorar el origen de dicha neuropatía. La analítica realizada mostraba como únicos hallazgos un RPR (pruebas no



**Figura 2.** Radiología simple tras producirse la fractura espontánea de cuello femoral en articulación coxofemoral tabética. Importante afectación de partes blandas.

treponémicas o de detección de anticuerpos reagínicos para la sífilis) + (1/2) y un TPHA (hemaglutinación del *Treponema pallidum*) +; resto (hemograma, velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva [PCR], glucosa, urea, creatinina, iones, ácido úrico, proteínas y coagulación) sin alteraciones.

La exploración clínica neurológica no ofrecía alteraciones en este momento. El estudio neurofisiológico muestra en la electromiografía una caída de cociente H/M bilateral, con latencia H alargada; compatible con afectación medular de asta anterior y/o cordón posterior. Una indagación más profunda en el historial del paciente admitía contactos de riesgo 10 años atrás.

El estudio neurofisiológico compatible con afectación medular de asta anterior y/o cordón posterior, junto al TPHA y RPR +, llevan al diagnóstico de artropatía tabética. La oscilometría de miembros inferiores mostraba un aumento en miembro inferior derecho (145 mmHg miembro inferior derecho/125 mmHg miembro inferior izquierdo). Para completar el estudio e instaurar tratamiento se realizaron estudios del líquido cefalorraquídeo (líquido claro, con



**Figura 3.** Resonancia magnética nuclear (RMN): fractura espontánea del cuello femoral y marcada desestructuración de la articulación (A y B).

recuento celular normal, proteínas y glucosa normales; VRDL negativo en líquido cefalorraquídeo) y cardíaco (ecocardiografía: ateromatosis aórtica).

Se instauró tratamiento con penicilina G 2.400.000 UI, inyectable, una a la semana durante 4 semanas. En lo que se refiere a la cadera, individualizando el caso, se planteó que nos hallábamos ante fractura en una cadera tabética en un varón de 67 años con una disimetría de 2,8 cm, con una relativamente buena movilidad articular y escaso dolor. Como más invalidante se presentaba la dificultad y claudicación a la marcha debida a la disimetría, por lo que se sugirió el uso de alza de 2 cm y ayuda a la deambulación, descartándose actitudes terapéuticas quirúrgicas. El paciente refiere, con las medidas tomadas, realizar actividades cotidianas con relativa normalidad, persistiendo claudicación a la marcha, que es posible y no dolorosa tras dos años de seguimiento.

## DISCUSIÓN

Las artropatías neuropáticas se han clasificado en agudas y crónicas, en función de la instauración y la rapidez de evolución<sup>4</sup>. En la cadera se han descrito dos formas de afectación: tipo «artrósico» con una destrucción progresiva de la articulación (cabeza femoral y acetábulo) y que a su vez puede ser «atrófica» o «hipertrófica» y otra forma con fractura de la cabeza o cuello femoral con un traumatismo mínimo o espontáneo<sup>3</sup>. El caso aquí presentado uniría ambos tipos al tratarse de una fractura espontánea de cuello femoral sobre un tipo «artrósico» de afectación tabética con destrucción progresiva de la articulación.

El interés del diagnóstico precoz reside en poder proteger la articulación neuropática evitando la destrucción catastrófica de la misma<sup>5</sup>, pero no siempre es fácil; por un lado por la dificultad diagnóstica en las etapas precoces, y por otro porque el paciente rara vez consulta en estadios iniciales dada la ausencia de dolor<sup>4</sup>. Este caso concreto no dio opción a plantear ninguna medida, dado el escaso tiempo transcurrido entre la consulta inicial y la fractura espontánea.

En el diagnóstico por imagen, en la radiografía simple, puede ser confundido con artrosis, infección o tumor<sup>6</sup>. Realizados estudios complementarios mediante tomografía axial computarizada (TAC) y RMN, las imágenes pueden mantener la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial con infección. Se completará el estudio mediante una anamnesis más minuciosa, una detallada exploración clínica completa y estudios analíticos dirigidos. En el caso objeto de esta nota llevaron al diagnóstico definitivo el estudio neurofisiológico y los resultados de la serología sifilítica, considerando que la prueba del VRDL en el líquido cefalorraquídeo es relativamente insensible y puede ser negativa incluso en casos de neurosífilis sintomática progresiva.

En líneas generales el tratamiento, incluso en ausencia de un estudio confirmado del líquido cefalorraquídeo, debe incluir un ciclo terapéutico de penicilina en las dosis adecuadas para la neurosífilis en cualquier paciente con positividad en la prueba de anticuerpos séricos frente a *Treponema*, y que también padezcan alteraciones neurológicas compatibles con neurosífilis<sup>7</sup>.

En la articulación afectada el objetivo del tratamiento será en cualquier caso eliminar los síntomas restaurando una buena movilidad y estabilidad. Pero esto, en una articu-

lación neuropática, es realmente difícil, y se han considerado como posibles actitudes terapéuticas la quirúrgica y la no quirúrgica.

La alternativa no quirúrgica se establece en pacientes que incluso teniendo una radiología muy llamativa, sólo necesitarán el uso de un bastón para paliar sus síntomas; en ellos la educación del paciente para proteger la articulación mediante la restricción del soporte de carga es suficiente; se indica así de entrada en aquellos pacientes que tienen una movilidad y estabilidad adecuadas<sup>3</sup>. Son de valor en la cadera de Charcot el uso de bastones, muletas o andadores; las ortesis rara vez son de utilidad en esta articulación.

La alternativa quirúrgica se considera como prevención al inicio, pensando que las operaciones en estos enfermos podían producir una gran hemorragia debido a la vasodilatación; siendo más susceptibles de infecciones y de fracaso reparativo por el trofismo perturbado<sup>8</sup>. En el tratamiento de las fracturas de cuello femoral la incidencia de complicaciones y fracasos ha sido siempre muy elevada, no consolidando las fracturas y fracasando la osteosíntesis. Otra alternativa ha sido la posibilidad de la limpieza articular dejando el tejido cicatricial y el hueso hipertrófico que ayudan a mantener la estabilidad en pacientes que pueden tener molestias debido a una bursa distendida o una falsa articulación rellena de cuerpos libres, con hiperplasia sinovial<sup>3,9</sup>.

El reemplazo total de la articulación ha sido una tentación en pacientes incapacitados funcionalmente con hallazgos radiológicos con afectación articular masiva o en fracturas de cuello femoral evolucionadas tras no ser diagnosticadas inicialmente. La revisión bibliográfica permite recoger datos de casos aislados coincidiendo la mayor parte de ellos en presentar una alta incidencia de complicaciones (luxaciones, aflojamientos, fracturas periprotésicas, etc.)<sup>9-12</sup>. Sólo Sprenger y Foley, en 1982, presentaron un caso de buena supervivencia a los 7 años, que ellos mismos achacaron a que el paciente se hallaba en una fase preatáxica en el momento de su realización, no creyendo que eso fuera extensible a otras caderas tabéticas o en otro estadio<sup>13</sup>. Johnson JTB, en 1973, presentó un caso con buen resultado a los 6 meses<sup>3</sup> y Mourgues et al, en 1974, describieron otro con los mismos resultados a los 9 meses de seguimiento<sup>14</sup>. El escaso seguimiento de estos dos casos no permite incluirlos como resultados óptimos. En cualquier caso, los resultados del tratamiento quirúrgico en la cadera neuropática son desalentadores<sup>15</sup>, con una marcada tendencia a la luxación y/o el aflojamiento aséptico en las prótesis dada la importante resorción ósea, la hipotonía muscular y la laxitud capsuloligamentosa característicos de la enfermedad<sup>12</sup>.

En conclusión, el tratamiento se plantea individualizado a cada paciente con el objetivo de prever en la medida de lo posible la deformidad e inestabilidad. Nosotros, considerando los malos resultados de los gestos quirúrgicos y lo impredecible de sus resultados, decidimos mantener la actitud no quirúrgica con un buen resultado funcional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gomar F. Artropatías neuropáticas. En: Gomar F, editor. Patología Quirúrgica Osteoarticular. Valencia: Ed Saber, 1973; p. 467-74.
2. Alpert SW, Koval KJ, Zuckerman JD. Neuropathic arthropathy: Review of current knowledge. *J Am Acad Orthop Surg* 1996;4:100-8.
3. Johnson JTH. Neuropathic injuries of the hip. *Clin Orthop* 1973;90:29-32.
4. Storey GO. Charcot joints. *Rheumatol Phys Med* 1970;10: 312-20.
5. Norman A, Robbins H, Milgram JE. The acute neuropathic arthropathy. A rapid, severely disorganizing form of arthritis. *Radiology* 1968;90:1159-64.
6. Jones EA, Manaster BJ, May DA, Disler DG. Neuropathic osteoarthropathy: Diagnostic dilemmas and differential diagnosis. *Radiographics* 2000;20:279-93.
7. Lukehart SA, Holmes KK. Enfermedades producidas por espiroquetas. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 14th ed. Vol I. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U., 1998; p. 1172-84.
8. Álvarez F, Represa J. Artropatías neuropáticas. En: Duran Sacristán H et al, editores. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas. Vol 3. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1988; p. 3213-6.
9. Johnson JTH. Neuropathic fractures and joint injuries. Pathogenesis and rationale of prevention and treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1967;49A:1-30.
10. Ritter M A, DeRosa P. Total hip arthroplasty in a Charcot joint. A case report with a six years follow-up. *Orthop Rev* 1977;6:51-3.
11. Robb JE, Rymaszewski LA, Reeves BF, Lacey CJN. Total hip replacement in a Charcot joint: brief report. *J Bone Joint Surg Br* 1988;70B:489.
12. Baldini N, Sudanese A, Toni A. Total prosthetic replacement in tabetic arthropathy of the hip joint. *Ital J Orthop Traumatol* 1985;11:193-7.
13. Sprenger TR, Foley CJ. Hip replacement in a Charcot joint. A case report and historical review. *Clin Orthop* 1982; 165: 1191-4.
14. Mourgues G, Fischer L, Gonon GP, Machenaud A. Les prothèses totales dans certaines arthropathies tabétiques. *Lyon Chir* 1974;70:34-7.
15. Martinet P, M'Bappe P, Lebreton C, Heinzleff O, Sibony M, Papeix C, et al. Neuropathic arthropathy: a forgotten diagnosis? Two recent cases involving the hip. *Rev Rhum (Engl Ed)* 1999;66:284-7.

**Conflicto de intereses.** Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.