



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 211/11 - No todo es artrosis

R. Cuadra San Miguel<sup>a</sup>, M. Martínez Quiroga<sup>b</sup>, B. Peleteiro Cobo<sup>c</sup>, S. Miras Carballal<sup>d</sup> y E. Méndez Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Ponferrada II. <sup>c</sup>Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bembibre. <sup>d</sup>Enfermero Residente de 1er año Enfermería del Trabajo. Hospital de León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia, hipercolesterolemia, asma intrínseca, enfermedad renal crónica y adenocarcinoma de sigma que recibió tratamiento quirúrgico y quimioterapia adyuvante en 2010. Actualmente en tratamiento farmacológico con alopurinol 100 mg, omeprazol 20 mg, pitavastatina 2 mg, plusvent y telmisartán-hidroclorotiazida 80-25 mg. Consulta con su médico de atención primaria por cuadro de una semana de evolución de coxalgia izquierda sin antecedente traumático. Se solicita Rx y se pauta tratamiento analgésico. Dos meses después, ante la persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento prescrito, y dado que la radiografía fue anodina, se realiza ecografía en el centro de salud en la que se objetiva imagen sugestiva de desgarro muscular a nivel del vasto medio. Es derivado a la Unidad de Fisioterapia donde recibe tratamiento rehabilitador sin obtenerse mejoría. Ante esta mala evolución se deriva a la consulta de Neurología del Hospital de referencia y posteriormente al Servicio de Urgencias, se fueron realizando pruebas y ante los resultados se hicieron varias interconsultas entre los diferentes Servicios Hospitalarios antes de obtener un diagnóstico. Actualmente el paciente se encuentra en la lista de espera quirúrgica para prótesis de caderas bilateral.

**Exploración y pruebas complementarias:** No se aprecian bultomas ni signos de deformidad articular. La movilidad está conservada, pero es dolorosa en la flexoextensión. La fuerza está conservada y existe normorreflexia bilateral junto con pulsos pedios y tibiales posteriores presentes y firmes. Rx de caderas comparadas al inicio del proceso: sin alteraciones valorables. Ecografía en el Centro de Salud: se objetiva imagen sugestiva de desgarro muscular a nivel del vasto medio. Analítica: anemia normocítica y normocrómica con VSG elevada y leucocitosis. EMG: solicitado desde el Servicio de Neurología que resulta anodino. RMN de columna lumbar: discopatía, incipiente espondilosis y protrusiones circunferenciales en todos los niveles lumbares con discreta ocupación foraminal sin signos de compromiso radicular. Rx, segundo estudio: irregularidades de ambas cabezas femorales junto con geodas subcondrales, hallazgos compatibles con necrosis avascular femoral. RMN de caderas: hallazgos compatibles con necrosis avascular bilateral, leve derrame articular bilateral y leves signos degenerativos en ambos acetábulos articulares. Derivaciones a otros servicios: Derivación a la Unidad de Fisioterapia: tras 13 sesiones de tratamiento rehabilitador no se observa mejoría. Derivación al Servicio de Neurología: sospechando Neuropatía. Derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario: se inicia Tratamiento con prednisona 10 mg/24 horas y se deriva a Reumatología. Derivación al Servicio de Reumatología: ante la falta de respuesta a corticoterapia, junto con clínica no sugestiva de proceso reumatólgico, se suspende tratamiento con prednisona. Derivación al Servicio de Traumatología: donde se completa estudio con realización de nueva Rx y RMN de caderas. Estas pruebas confirman el diagnóstico de necrosis avascular femoral.

**Juicio clínico:** Necrosis avascular bilateral de ambas cabezas femorales.

**Diagnóstico diferencial:** En el diagnóstico diferencial de una coxalgia es fundamental si existe o no antecedente traumático. En el caso de coxalgias sin traumatismo previo la etiología puede ser muy diversa. Artritis. Artrosis. Fracturas por estrés. Problemas circulatorios: como en nuestro paciente, que presenta una alteración de la irrigación sanguínea de ambas cabezas femorales. Patologías reumatólogicas. Neuropatías. Dolor irradiado. Infiltración neoplásica: metástasis óseas. Patología infecciosa.

**Comentario final:** Uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria es la patología del aparato locomotor, siendo la coxalgia una de las presentaciones sintomáticas más frecuentes. La necrosis avascular ósea, es una causa poco frecuente de coxalgia (3% de las coxopatías del adulto). Con frecuencia estos pacientes se ven derivados de un especialista a otro, como en el caso descrito, demorando su diagnóstico. Son muchas y muy variadas las causas que pueden dar lugar a necrosis avascular ósea en el adulto entre las que se encuentran: alcoholismo, hemoglobinopatías, hiperlipemias, hiperuricemias, enfermedad inflamatoria intestinal, uso sistémico de esteroides, neoplasias... Nuestro paciente presentaba numerosos factores de riesgo de desarrollo de necrosis avascular ya que entre sus antecedentes figuran: hipercolesterolemia, hiperuricemia y asma intrínseca con frecuentes exacerbaciones que requirieron corticoterapia. El diagnóstico clínico se confirma mediante el estudio de imagen. La radiología simple es una técnica que sirve para el diagnóstico en etapas tardías, siendo anodina en etapas iniciales. El tratamiento resolutivo es quirúrgico, mediante artroplastia de cadera.