



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

3 - DOCTOR, ¿POR QUÉ YA NO PUEDO CAMINAR?

V.E. Ortiz de Landaluce y A. Díaz Pulido

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 52 años, HTA de 5 años de evolución bien controlado con enalapril 10 mg, y en seguimiento por unidad de enfermedades infecciosas con tratamiento antirretroviral por VIH+ desde hace 10 años. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor en miembro inferior derecho de semanas de evolución. Dicho dolor es profundo de características mecánica, localizado en región inguinal y que irradia hacia glúteo y rodilla de mismo miembro. Niega traumatismo previo, o sobreesfuerzo mayor de lo habitual. No otra sintomatología. No otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración de articulación de la cadera: balance articular 4/5, flexo-extensión conservada aunque dolorosa en los últimos grados, siendo más limitada contra resistencia. Dolor a la abducción y laterización externa de cadera. No dolor a la movilización de rodilla con balance articular 5/5. El dolor aparece sobre todo con la marcha al apoyar la pierna afectada. Se solicita Rx de cadera y tras observar imágenes sospechosas se solicita RMN.

Juicio clínico: Osteonecrosis de cadera.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis, artritis, fracturas, osteomielitis, neoplasia, necrosis avascular ósea.

Comentario final: La osteonecrosis de cadera es una enfermedad relativamente frecuente que afecta sobre todo a la población joven entre los 30-50 años de edad, lo que supone gran limitación de vida social y laboral a edades tempranas, además de ser una enfermedad muy invalidante. Todo ello da lugar a un gran número de bajas laborales a edades plenamente productivas; por lo que esta situación se convierte en un importante problema sociosanitario, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz. La osteonecrosis consiste en el deterioro de la vascularización ósea, que con los años termina produciendo necrosis de tejido óseo. La etiología es multifactorial destacando sobretodo antecedentes de traumatismos, consumo de corticoides a dosis alta y largo plazo, neoplasias, alcoholismo, algunas enfermedades hematológicas... y un largo etcétera. En el caso que expuesto, se sospecha que la causa es el tratamiento antirretroviral. La primera prueba de imagen de elección, por su accesibilidad y precio, es la radiografía simple, la cual en estadios iniciales- intermedios pone de manifiesto cambios en la densidad ósea y aparición de geodas. En estadios más avanzados se observa colapso subcondral, pérdida de esfericidad de cabeza femoral, y aplanamiento, hasta acabar en destrucción ósea en estadios finales. Posteriormente se solicita Resonancia Magnética la confirma el diagnóstico, descartando otros procesos etiológicos y permite medir la zona de necrosis, importante a la hora de elegir el tratamiento. Ningún tratamiento ha demostrado frenar por completo la progresión natural de la enfermedad, pero sí pueden atrasar sus estadios finales. En estadios precoces es tratamiento analgésico y rehabilitador mejoran la calidad de vida de paciente, hasta que en estadios finales

precisará tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez López A, García Lorenzo Y. Clasificación y diagnóstico de la osteonecrosis de cabeza femoral. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2005;19:58-65.
2. Abrego A, Ramos T, Álvarez E, Saavedra LA. Osteonecrosis de cabeza femoral. Monterrey, 2010.
3. Castellano del Castillo MA, González Álvarez A, Blanco Ramos MA. Coxalgia crónica, necrosis avascular de la cabeza femoral. MEDIFAM. 2002;12:62-5.
4. Renovell P, Silvestre A, Escribá I. Etiopatogenia de la osteonecrosis idiopática de cadera. Situación actual. Hospital Clínico Universitario Valencia.