

CLÍNICA

Caso de necrosis aséptica de cabeza de fémur tratado con *Aurum Metallicum* y otros procedimientos complementarios



Antonio Francisco Marqués Arpa

Centro Homeopático, La Laguna, Tenerife, España

Recibido el 12 de junio de 2014; aceptado el 1 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Necrosis aséptica de cabeza de fémur;
Tratamiento homeopático y complementario;
Resolución lenta y progresiva;
Opción quirúrgica innecesaria

Resumen

Presentación de un caso de necrosis aséptica de cabeza de fémur izquierdo que después de 3 años de evolución presentó una agravación importante con pérdida de la interlínea y gran osteofitosis. Se propuso una intervención quirúrgica con colocación de prótesis total de cadera. La intervención fue rechazada por el paciente que decidió seguir con la medicación homeopática con el concurso de otras terapias complementarias (psicólogo, fisioterapeuta y nutricionista). Tuvo una evolución favorable con recuperación lenta, importante y progresiva que permitió la incorporación al trabajo y que no necesitó la solución quirúrgica propuesta.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Aseptic necrosis of the femoral head;
Homeopathic and complementary treatment;
Slow and progressive resolution;
Unnecessary surgical option

A case of aseptic necrosis of the femoral head treated with *Aurum Metallicum* and other complementary procedures

Abstract

A case is presented on a patient with aseptic necrosis of the left femoral head that, after 3 years of onset, presented with a significant worsening with loss of the interline and severe osteophytosis. Surgical intervention was proposed with the implanting of a total hip replacement. The intervention was refused as the patient decided to continue with the homeopathic medication, with the support of other complementary therapies (psychologist, physiotherapy and nutritionist). She progressed favourably with a slow, significant and progressive recovery that enabled the patient to return to work and did not need the proposed surgical solution.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amarquesarpa261828@gmail.com.

Seguimiento clínico y radiológico durante 9 años de un caso clínico, con tratamiento homeopático y en una perspectiva multidisciplinar de un varón de 39 años. En 2001, con 31 años, fue diagnosticado de artrosis idiopática grave de cadera izquierda, secundaria a una antigua necrosis avascular. Presentaba quistes óseos e importante estrechamiento articular e inicio tratamiento homeopático. Se consideró esta necrosis inicial la “suposición más probable”, al no haberse medido el flujo vascular, aunque su evolución radiográfica y clínica posterior (desde 2001 hasta 2004) se consideró que validaba fuertemente esta hipótesis. El paciente había iniciado el tratamiento homeopático porque no toleraba (efectos secundarios) el convencional.

A finales de 2004 —con 34 años y después de 3 con homeopatía— se agravó clínicamente y apareció dolor insoportable. Radiológicamente, desapareció la interlínea articular y desarrolló osteofitos en grado muy avanzado, por lo que se le concedió una baja médica que se prolongó durante 3 años y se revisó el diagnóstico inicial.

Se estableció (por exclusión) un diagnóstico de necrosis aséptica de la cabeza del fémur (la osteonecrosis —también denominada, necrosis ósea avascular o necrosis ósea aséptica— es la muerte celular de todos los componentes del hueso, que se instaura fundamentalmente en la edad adulta), con evolución muy acelerada hacia colapso articular completo. El Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) recomendó en 2004 la *indicación quirúrgica con prótesis total de cadera en un plazo no mayor de 6 meses o 1 año*. Algo que probablemente hubiera fracasado por el estado de desnutrición que presentaba entonces el paciente, con un importante grado de atrofia muscular y porque lo más probable habría sido que un implante ajustado de prótesis se hubiera desplazado, obteniendo un fracaso posterior en el resultado de la operación.

Debido a la buena evolución del caso —después de un replanteamiento terapéutico porque el paciente mejoró progresivamente a nivel clínico (sin estancamiento ni retroceso) y en torno a un 70% en la intensidad de los síntomas y presentó mejoría, aunque menor, a nivel radiológico—, la *intervención quirúrgica tampoco resultó necesaria*

El tratamiento fue multidisciplinar —con un medicamento homeopático, un programa de ejercicios y una mejora nutricional— y permitió que inicialmente se estableciera su *reincorporación al trabajo* en 2008. En la actualidad cuenta con cierto grado de satisfacción con su estado de salud y vitalmente.

Resultado de la intervención homeopática en este paciente: períodos de tratamiento

- Palación incompleta durante 3 años y agravamiento posterior.
- Recuperación lenta, importante y progresiva tras un replanteamiento del caso consiguiendo la exclusión de la opción quirúrgica.
- Incorporación al trabajo y relativo nivel de satisfacción vital en la actualidad.

¿Mejoría por intervención médica o espontáneamente?

No parece poder considerarse seriamente que una anquilosis de cadera con colapso articular pudiera *resolverse por sugestión*, no conociendo casos documentados en este sentido y agradeciendo la información a quien pudiera presentar información contrastada de casos clínicos para este problema.

Una revisión bibliográfica acerca de la *autorresolución espontánea* en el estadio de colapso articular con dolor intenso e impotencia funcional grave resultó infructuosa en la amplia bibliografía consultada. Aunque se señala que sí sería posible en estadios leves e iniciales:

- Alonso Ruiz et al señalan que la curación espontánea puede ser posible cuando el grado de necrosis es muy pequeño y permanece en un nivel subclínico o muy cerca de este.
- En el buscador MEDLINE hay reseñados unos 4.000 trabajos para necrosis aséptica de la cabeza del fémur, pero ni uno solo aparece cuando se introducen estos términos (o los de osteonecrosis) acompañando a “curación espontánea” o “mejoría espontánea”
- Tampoco encontramos ningún trabajo de curación espontánea en LookForDiagnosis.com para esta dolencia.

Datos personales

Sus hermanos viven muy lejos. El paciente es ingeniero investigador y constructor de diseños para instrumentos físicos de alta precisión.

Se interesa mucho por los temas de ciencias naturales, es curioso y “experto en su propia enfermedad”. Es un afanoso buscador en internet y en libros y revistas de sus dolencias y de temas científicos y culturales en general. El mismo dirige o asesora varios proyectos de investigación universitaria, tesis doctorales, etc.

Alto sentido espiritual. Ideas propias muy marcadas. Vegetarianismo estricto y autodidacta.

Es soltero y duda si optar por el noviazgo con una española o con alguien del país de sus padres (inmigrantes), todo ello teóricamente. Pocas semanas antes del comienzo de su enfermedad realizó un largo viaje al país de sus padres y tuvo unas diarreas muy importantes que lo mantuvieron varios días en la cama.

Permanece ligado y próximo a su madre (y más desde que queda viuda en 2002). Vive en casa con ella y no acaba de dar el paso de ir a vivir solo.

Muchas ideas en la cabeza y poca capacidad de resolución para sus proyectos vitales y personales y cierta lentitud o dificultad para realizar cambios vitales importantes (p. ej., irse a vivir solo).

Conflictos con la figura de su padre (respeto pero dificultad para manifestar afecto). Resentimiento por cuestiones pasadas. Cuando fallece no llora esta pérdida y no queda claro del todo si es porque “no le importa” o porque no puede llorar.

Dificultad para recordar cosas de su vida hasta este momento, incluyendo aspectos significativos de ella. Reserva y timidez. Suspicacia incluso.

Factores predisponentes y fisiopatológicos

- Practicar *footing* varios años en pistas mal acondicionadas (microtraumatismos que destruyeran el cartílago articular).
- Isquemia brusca por un viaje muy largo en avión (más de 12 h) en posición forzada que impidió la normal circulación sanguínea.
- El origen del problema pudo estar en una diarrea con deshidratación profunda y contractura del psoas que actuó como desencadenante al impactar la cabeza del fémur en la cavidad acetabular.

Antecedentes familiares

- Tíos y abuelos. Accidentes cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cataratas y debilidad de huesos. Cáncer: hígado y leucemia (tíos muertos).
- Padre. Accidente cerebrovascular; murió por vómito con aspiración. Muy emaciado antes de morir. Presentó eczema, hipertensión arterial e hipotiroidismo.
- Madre. Osteoporosis, artrosis, cataratas, rinitis alérgica y acúfenos.

Enfermedades infantiles y antecedentes personales físicos

- “Nací de cesárea, cordón enrollado en el cuello”. Comentario reciente: “Es posible que ya desde el principio no me gustase la idea de venir acá”.
- “Era un niño con tristeza, en comparación con otros niños y no sé la causa. Algunas de las canciones infantiles me provocaban llanto mientras que a otros niños no”.
- “Tenía al menos un episodio de amigdalitis al año que me llevaba a usar los antibióticos 7 días cada vez”. “Yo creo que esto era por mi padre severo y que en casa se seguía la ley del miedo”. “Desapareció la amigdalitis con la pubertad”.
- “Falta de densidad ósea en los dientes y a raíz de aquí empecé a comer mucho menos azúcar o nada de azúcar”.
- “A los 8 años, astigmatismo elevado en el ojo derecho y hemorragias nasales”.
- “En los años noventa tuve dolor cadera cuando corría (*footing*) y me hice vegetariano autodidacta hasta ahora”.

Difícil relación con el padre

Estos temas me los refirió recientemente, 9 años después de que se llevara a cabo su primera consulta:

- “Mi padre era un caso de psiquiatra: ambicioso pero cobarde, debido a un gran miedo a fracasar que le hacía indeciso”. “Era avaro y tenía un alto sentido de la moral sexual siendo estricto y se consideraba recto”. “Era posesivo y consideraba a su familia como una posesión más, a la que podía manipular, llegando a ser manipulador y abusador”. “Llegó a *maltratar físicamente a mi madre*, hasta que su familia le convenció de que era un comportamiento impropio (yo tenía entonces 3 años de

edad)”. “Mi padre siempre se sintió un fracasado, pequeño ante su padre, mi abuelo, pues este sí había sido un gran negociante por varios países”. “Mi padre pensaba que su familia debía estar al servicio de sus ambiciones personales: él quería tener 8 o 9 hijos varones para tener un negocio multinacional”. “Su miedo al fracaso lo llevó al inmovilismo y finalmente a la ruina profesional y familiar en 1983, cuando yo tenía 13 años”.

- “Me afectó mucho su calidad de ser un fuera de la ley en sus negocios comerciales. Creo que él no se esforzó nunca por estar dentro de la ley porque su objetivo era ganar mucho dinero lo más rápidamente posible y retornar a su país de origen”. “Es malo para ti que tu padre tenga dinero y no te dé lo suficiente para tus necesidades”. “Además, era un fanático”.

Diagnóstico inicial y tratamiento en la primera etapa (2001-2004)

Tras la muerte de su padre, el paciente fue atendido con *Sulphur* primero durante muchos meses y con *Natrum Muriaticum* y *Natrum Sulphuricum* y *Pulsatilla* a distintas potencias. Siempre en PLUS con 1 toma diaria y subiendo la potencia cada mes de 1 en 1 o de 3 en 3. Con remisiones clínicas iniciales, parciales y pasajeras en el dolor articular.

Según refiere sobre *Sulphur* “encontraba dinamismo además de disminuir el dolor”. “Me ayudaba a centrarme y a concentrarme”. *Pulsatilla* parecía ser un medicamento adecuado por su excesiva sensibilidad, el momento de cambio vital que vivía o no se atrevía a vivir, con separación de su madre, entre otras causas.

El paciente refirió en reiteradas ocasiones que *sus mejorías al subir la potencia medicamentosa solían cumplir con cierto “protocolo” más o menos regular: a) la noche que tomaba el medicamento dormía muy bien y al día siguiente la articulación de la cadera parecía muy ligera; b) se producía cierto grado de empeoramiento en los 2 o 3 días posteriores en el dolor de la cadera; c) notaba una mejoría que duraba unos 7-15 días; d) volvía a empeorar gradualmente, y e) regreso al estado inicial del dolor y vuelta a subir la potencia.*

Cuando en 2004 se cambió el diagnóstico hospitalario inicial de artrosis de cadera por el de necrosis aséptica, el paciente se encontraba tomando *Pulsatilla* a la potencia 27 LM (1 toma diaria). Considerando las características anímicas de aquel día (4 de octubre de 2004) y para un *estudio repertorial*, se tuvieron en cuenta los aspectos que se describen a continuación.

Repertorización de síntomas mentales y generales

Curioso, habla continuamente en preguntas. Crítico y censor, lee muchos libros médicos. Peleador sin esperar respuestas, suspicaz. Temor de enfermedad, impaciencia, trastornos por ansiedad, trastornos por ambición frustrada. El aire marino le mejora.

De los 11 síntomas característicos tenidos en cuenta en el párrafo anterior:

- *Pulsatilla* cubría 9 síntomas.
- *Sulphur* y *Lycopodium* cubrían 8 síntomas.
- *Nux Vomica*, *Sepia*, *Calcárea* y *Aurum* cubrían 7 síntomas.

Repertorización de síntomas locales

A nivel físico se consideraron 23 características de su alteración traumatológica:

- *Sulphur* cubría 12 síntomas.
- *Phosphorus* y *Natrum Muriaticum* cubrían 11 síntomas.
- *Calcárea Carbónica*, *Causticum* y *Sepia* cubrían 10 síntomas.

Se decidió continuar con *Pulsatilla* 30 LM en plus pero no mejoró, ni tampoco posteriormente con *Sulphur* y desde el 14 de diciembre de 2014, centrado solo en las características del dolor y sin considerar a la persona en general.

Segunda etapa en el tratamiento (2005)

Colaboración con otros profesionales sanitarios

En ese momento el dolor era invalidante, continuo y le impedía permanecer en cualquier postura, hasta en reposo. No podía dar ni un paso sin bastón. Radiológicamente tenía colapso articular. Se decidió iniciar un tratamiento multidisciplinar por el fracaso terapéutico en evitar una mala evolución de la enfermedad e intentando excluir la opción quirúrgica:

- Valoración más precisa a nivel psicológico para buscar un medicamento acorde con su estado mental realizada por un licenciado en psicología (Fernando).
- Valoración nutricional y para buscar una dieta equilibrada y óptima para su curación realizada por un médico nutricionista (José Antonio).
- Evaluación física y motora para obtener un programa de ejercicios específico y adecuado (pues tal vez su ausencia pudiera contribuir a impedir la recuperación) realizada por un licenciado en fisioterapia (Ramón Pinto).

Nuevo medicamento de fondo (*Aurum Metallicum*)

En 2005 se utiliza un nuevo medicamento de fondo (*Aurum Metallicum*); se hacen cambios en la nutrición y se desarrolla un programa de ejercicios que producen retorno hacia una mejoría, ahora progresiva.

Replanteamiento en la valoración homeopática

Se comprobó que había un problema psicológico profundo en la *muerte de su padre* y los sentimientos hacia él, con odio y cólera reprimida. Había además otros temas que le dolían mucho (antigua decepción amorosa, conflictos con sus jefes y cierto grado de frustración y sentimiento de fracaso profesional) porque no se cumplían algunas perspectivas iniciales. También manifestaba un sentimiento de culpa que probablemente provenía de su educación y autorrepresión afectiva y sexual.

El psicólogo pensaba que su tema espiritual no lo vivía de una manera sana y que podía estar cerca del *fantismo*, encajando dentro de lo que se denominaría “aficiones religiosas”. Unos años después, él reconocería que en aquel tiempo su cuestión espiritual no era equilibrada ni “en el justo medio”. Incluso reconoció que lo vivía casi más como una cuestión de evasión.

Un aspecto muy delicado fue si tenía *pensamientos de suicidio*. Estos pensamientos no aparecían claramente y no se tomaron en cuenta en la repertorización, pero encajaban con el hecho de que algunas veces se desesperaba con el dolor y quería morir, aunque su “tema religioso” no le permitía aceptarlo. Varios años después reconoció que con 13-14 años tuvo pensamientos de suicidio (justo en los años en que su padre se arruinó) y que estos se repitieron con 19 años, cuando no pudo sacar adelante una relación amorosa.

Otro tema importante era que vivía *abrumado por el peso y la carga* de tener que cuidar de sus padres.

Los medicamentos de la repertorización fueron *Natrum Muriaticum* y *Sulphur* (cubriendo 11 síntomas de 16), *Lachesis* y *Nux Vomica* (para 10 de 16) y *Aurum* (en 9 de 16).

Aurum y *Natrum* eran los que mejor cubrían el conflicto con el padre y todos los síntomas aparejados. Habiendo llegado ya a un punto de saturación previo con *Natrum*, la elección solo podía ser con *Aurum*. Inició tratamiento con *Aurum Metallicum* (1 LM en plus, 1 toma diaria) hasta la actualidad. El tratamiento se pautó con dosis crecientes y en la actualidad está llegando a la 36 LM (en ocasiones tomó potencias durante más de 1 mes).

Replanteamiento del tema nutricional

Se comprueba cierto grado de *desnutrición en general* y un importante déficit proteico camuflado en delgadez y vegetarianismo (desde 1990-1991) que fueron los primeros síntomas constantes de enfermedad en torno al año 2000.

Se recomienda introducir mayor cantidad de legumbres en la dieta y comer más cantidad (más adelante dirá que sus excesivas restricciones dietéticas también constituyan una forma de autonegación y autocastigo). Este cambio en la dieta le permitió salir del estado de desnutrición general en el que se encontraba, ganar peso y obtener componentes para el desarrollo de masa muscular y cartilaginosa.

Programa de fisioterapia

En 2004 había perdido una gran cantidad de masa muscular y además presentaba una importante contracción de músculos y tendones, con dismetría de miembros de 1,5 cm debido a basculación pélvica.

El fisioterapeuta recomendó entonces electroestimulación, que no pareció ofrecer ningún resultado positivo, y un programa de ejercicios activos (sentado y de pie) en la bicicleta (elíptica, escalador), natación (en el mar, durante 20 min 3 veces por semana) y ejercicios dentro del agua con movimientos de la pierna en todas las direcciones, sujeto a un flotador y caminar dentro del agua. Estos ejercicios los ha venido realizando hasta ahora y el paciente ha notado que le ayudaban clínicamente, además de que se fue potenciando su musculatura.

Mejoría progresiva hasta su reincorporación al trabajo y hasta la actualidad

- Visita del 24 de febrero de 2005. Puede realizar más esfuerzos en subidas y bajadas de superficies inclinadas. Se encuentra mejor y valora que no debe operarse hasta obtener una buena nutrición y una musculación óptima.
- Visita del 19 de mayo de 2005. Presenta más fuerza y más masa muscular.
- Visita del 13 de septiembre de 2005. No hay cambios en relaciones profundas y sigue aislado de las relaciones sociales. Se está trasladando de casa. Quiere hacer su vida.
- Visita del 21 de febrero de 2006. Hubo neoformación de cartílago y separación de la línea articular. Sigue lento para hacer sus planes vitales. Está con *Aurum* a la 11 LM.
- Visita del 31 de julio de 2006. Ya deja el bastón a veces.
- Visita del 23 de abril de 2007. Ya puede levantarse de un asiento y salir caminando. Tiene más masa muscular, más movilidad y menos dolor. Está con *Aurum* a la 16 LM.
- Visita del 17 de abril de 2008. En pocos días se reincorporará al trabajo. El dolor articular aparece después de una caminata de más de 1 h. Puede estar de pie cocinando. Está empezando a perdonar a su padre. Sigue enamorado de una mujer que conoció hace 20 años.
- Visita del 27 de abril de 2009. Para reincorporarse al trabajo tardó 8 meses por ciertas cuestiones burocráticas.



Figura 1 Radiografía de 2001: caso necrosis aséptica.



Figura 2 Radiografía de 2002: caso necrosis aséptica.

Ha sido muy bien acogido por todos: jefes, funcionarios y compañeros... Puede hacer más esfuerzos sin dolor.

- Visita del 30 de enero de 2010. Sigue mejorando funcionalmente y en las radiografías. Todos sus problemas de salud son del lado izquierdo y ante la expectativa de una posible cita para salir con una mujer ha tenido ciertos problemas con los ojos, especialmente el izquierdo, algo de conjuntivitis y problemas en los párpados.
- Visita del 14 de marzo de 2010. Se reconoce razonablemente feliz. Su trastorno funcional mejoró en un aproximadamente un 70% desde el peor momento y el trastorno radiológico en un 50% desde el peor momento.

Evolución radiográfica del caso

La evolución radiográfica del caso se efectuó en colaboración con la fisioterapeuta Mariola Álvaro.

– Año 2001 (fig. 1):

- Impactación de la cabeza del fémur en fosa acetabular.
- Pérdida de interlínea articular. Quistes óseos.
- Inicio en el deterioro de la superficie de la cabeza del fémur.
- Asimetría sínfisis pubiana ¿por la impactación o por el dolor?
- Ligera rotación de la pala ilíaca izquierda (dolor).

– Año 2002 (fig. 2):

- Degeneración importante cabeza fémur, sobre todo de la parte interna, con una erosión importante y destrucción de la superficie.
- Deterioro prácticamente completo de la cabeza de fémur.

– Año 2004 (fig. 3):

- Erosión total de la cabeza de fémur.
- Ya no hay línea acetabular.
- Se ve un osteofito (la presencia de osteofitos es a menudo considerada convencionalmente un signo de empeoramiento. Mientras que desde otro punto de vista puede considerarse una actividad regenerativa, incluso en alguna publicación de medicina convencional [Perry et al, 1972]) en cara inferointerna de cabeza de fémur.
- No se ve la interlínea articular.



Figura 3 Radiografía de 2004: caso necrosis aséptica.



Figura 4 Radiografía de 2006: caso necrosis aséptica.

– Año 2006 (fig. 4):

- Gran compensación lumbosacra.
- Aumento osteofitos.
- Aumento erosión en parte central cabeza de fémur.
- Se inicia ver interlínea articular en parte superior externa que se valora como neoformación de cartílago articular.

– Año 2006 (fig. 5, abducción):

- Ha reaparecido la interlínea en parte superior externa.

– Año 2007 (fig. 6, abducción):

- Interlínea articular a nivel inferior e interno.
- Interlínea articular a nivel superior y externo.
- Persiste la erosión en la parte central y los osteofitos en ambas partes.

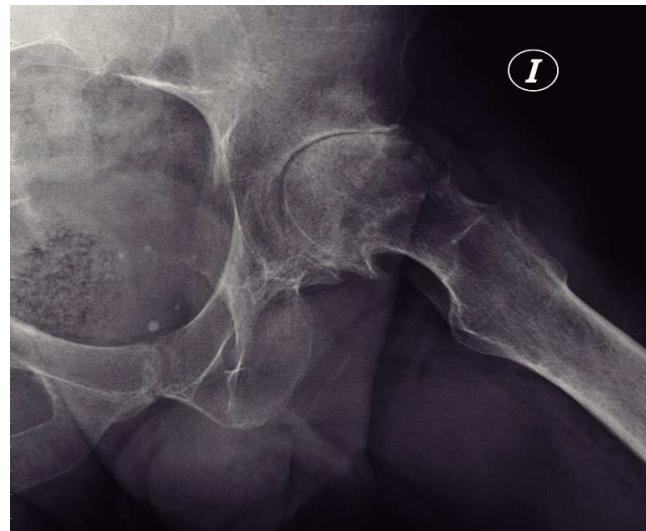


Figura 6 Radiografía (abducción) de 2007: caso necrosis aséptica.

- Prácticamente se ve toda la interlínea articular.

– Año 2008 (fig. 7, abducción axial):

- Se ve prácticamente toda la interlínea articular.
- Los osteofitos mejoraron mucho.
- Calidad de hueso distinto en el fémur izquierdo y en el fémur derecho.

– Año 2009 (fig. 8, anteroposterior):

- Imagen radiológica aparentemente poco favorable porque, aunque existe interlínea, ha disminuido el espacio interarticular (el aumento de espacio interarticular puede deberse a un proceso inflamatorio, en ocasiones destructivo, pero si existe una mejoría en la sintoma-



Figura 5 Radiografía (abducción) de 2006: caso necrosis aséptica.



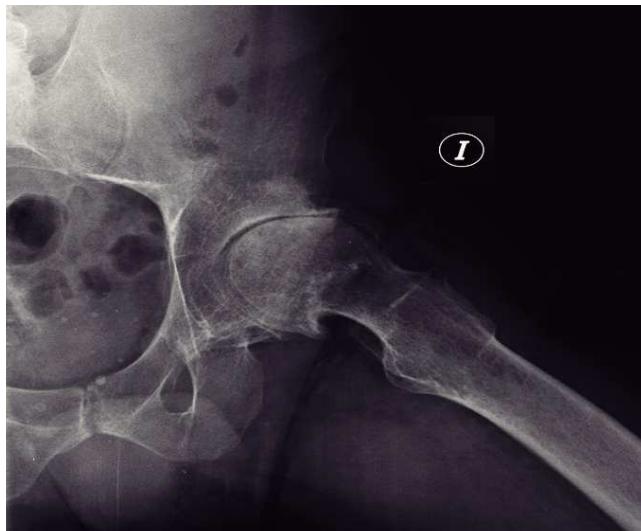


Figura 7 Radiografía (abducción axial) de 2008: caso necrosis aséptica.



Figura 8 Radiografía (anteroposterior) de 2009: caso necrosis aséptica.

tología del paciente, nos va a indicar un fenómeno de normalización).

- La imagen del cuello del fémur indica que se está normalizando a nivel cálcico.
 - Se ve interlínea y mejora el espacio interarticular y, debido a que existe una mejoría en la sintomatología del paciente, parece indicar un fenómeno de normalización.
- Comparativa 2004-2009 (figs. 9 y 10).

Conclusiones

- Mejoría por intervención terapéutica: mientras no se reporten casos de curación espontánea o por sugerión de esta enfermedad, convenimos que *la mejoría observada sólo podría asociarse al tratamiento médico homeopático, conjuntamente con otros procedimientos concomitantes*. Queda pendiente la discusión sobre qué habría jugado un papel más relevante para la mejoría del paciente, la intervención homeopática o los otros procedimientos.



Figura 9 Radiografía de 2004: caso necrosis aséptica.



Figura 10 Radiografía de 2009: caso necrosis aséptica.

- Parece lógico pensar que la recuperación de este paciente está asociada al hecho de ser joven y presentar una alta capacidad de regeneración, aunque no se excluye que en personas más mayores pudieran obtenerse grados de recuperación interesantes de considerar.
- En el futuro deberán realizarse nuevas experiencias para poder conocer mejor las posibilidades de la homeopatía en este tipo de pacientes.

Bibliografía recomendada

- Alonso Ruiz A, Álvaro Gracia JM, Andreu Sánchez JL, Blanch i Rubio J, Collantes Estévez E, Cruz Martínez J, et al, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 3.^a ed. Madrid: Panamericana; 2000.
 Buscador LookForDiagnosis.com.
 Buscador MEDLINE.
 Hahnemann S. Organon de la Medicina. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1997.
 Perry GH, Smith MJ, Whiteside CG. Spontaneous recovery of the joint space in degenerative hip disease. Ann Rheum Dis. 1972;31:440-8.