

Radiografía ósea

I. Salcedo Joven, A. Sánchez González, M. Herrero Pardo, C. Mascías, C. Villa y F.J. Panadero
Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Villanueva de la Cañada. Área 6. INSALUD. Madrid.



Fig. 1.

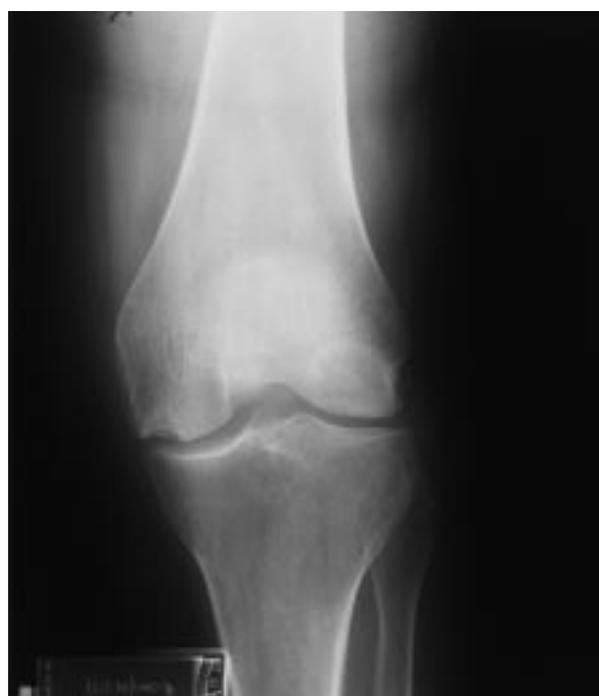


Fig. 2.

Caso clínico

Paciente de 50 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis desde hace 10 años, que acude a nuestra consulta por presentar dolor en rodilla izquierda y signos flogóticos.

La exploración física es compatible con una artritis aguda.

En la exploración radiológica se observan signos indicativos de derrame articular y osteonecrosis del cóndilo femoral interno.

Comentario

En la osteonecrosis que se produce en la articulación de la rodilla, deben distinguirse dos categorías principales: la primera, espontánea o idiopática, y la secundaria, debida a factores como la terapia corticoide, el lupus eritematoso sistémico, alcoholismo, hemoglobinopatías, la enfermedad de Gaucher, etc.

Aunque originalmente fue descrita, y resulta más común, en el cóndilo femoral medial, puede presentarse también en el platillo tibial y en la cara externa del fémur.

Esta entidad constituye una de las causas más frecuentes de dolor agudo en la rodilla en pacientes de edad avanzada, y se presenta tres veces más frecuentemente en mujeres que en varones¹.

Aunque se han propuesto como factores causales la existencia de trastornos isquémicos o microfracturas sobre un hueso porótico, su etiología aún permanece desconocida².

La osteonecrosis es una complicación de la insuficiencia renal crónica en asociación con el trasplante o con el tratamiento esteroide, llegando a tener una prevalencia del 30-80% en varias series³. Sin embargo, dicha entidad no parece ser frecuente en enfermos que reciben hemodiálisis de manera crónica en ausencia de otros factores de riesgo (alcoholismo, traumatismo, etc.)⁴.

La patogenia de esta enfermedad en estos pacientes no está del todo clara y algunos autores han postulado la existencia de un mecanismo de isquemia ósea subcondral de etiología aún desconocida. Otros, sin embargo, piensan que se trataría de una forma de osteodistrofia renal que hace que el hueso de estos enfermos sea más susceptible a la necrosis avascular. La elevada secreción de parathormona (PTH) en los pacientes con insuficiencia renal, lleva a un aumento del *turnover* óseo, que trae consigo la formación de un hueso más débil y más fácilmente fragmentable. Ello implicaría una interrupción del aporte sanguíneo y, consecuentemente, una osteonecrosis³. También la toxicidad por aluminio (utilizado en forma de geles o en fluidos empleados en el proceso de diálisis) y el depósito de amiloide (compuesto por B2-microglobulina procedente de las membranas utilizadas en este tratamiento) son factores que se ha manejado como posible causa de esta alteración⁴. Hasta la fecha, resulta imposible determinar qué pacientes desarrollarán osteonecrosis y cuáles no, y el tratamiento actual se limita a intentar evitar que se desarrolle. Generalmente, a estos pacientes se les aporta vitamina D y suplementos de calcio para intentar reducir los valores de PTH circulantes y evitar, por tanto, los cambios óseos de la osteodistrofia renal.

Para realizar un diagnóstico temprano, que traerá consigo una importante mejora del pronóstico¹, resulta necesario, ante la sospecha clínica, realizar una correcta anamnesis y exploración física. Las radiografías suelen ser normales en los primeros estadios de la enfermedad. La gammagrafía ósea o la resonancia magnética nuclear (RMN) resultan de utilidad en estas circunstancias, demostrando esta última la presencia y la extensión de los fragmentos osteocondrales, permitiendo realizar una clasificación en cuanto al estadio de la le-

sión que tiene valor pronóstico, además de resultar de gran utilidad a la hora de tomar decisiones acerca de un posible tratamiento quirúrgico⁵.

En fases tempranas de la enfermedad, se opta por un tratamiento conservador en la mayoría de los casos, debido al curso benigno, a la desaparición del dolor y al restablecimiento funcional de la articulación¹. En el resto de los pacientes, en los cuales se ha producido un colapso, acompañado de un empeoramiento progresivo de los síntomas, existen varias alternativas de tratamiento, como la osteotomía tibial, el curetaje de la lesión por artroscopia o incluso el reemplazamiento unicompartimental, o total de la articulación. La elección de una u otra técnica debe realizarse en función de factores tales como la edad del paciente, la gravedad de la clínica, el nivel de actividad de esa rodilla, la localización y el estadio de la lesión y la existencia de deformidad y de artrosis secundaria¹.

Bibliografía

1. Patel DV, Breazeale NM. Osteonecrosis of the knee: current clinical concepts. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1998; 6: 2-11.
2. Ecker ML, Lotke PA. Spontaneous osteonecrosis of the knee. *J Am Acad Surg* 1994; 2: 173-178.
3. Mitrovic DR, Bardin T. Osteonecrosis in a patient receiving long-term hemodialysis. *J Rheumatol* 1991; 18: 1270-1271.
4. Langevitz P, Buskila D. Osteonecrosis in patients receiving dialysis: report of two cases and review of the literature. *J Rheumatol* 1990; 17: 402-406.
5. Zizic TM. Osteonecrosis. *Curr Opin Rheumatol* 1991; 3: 481-489.
6. Bjorkengren AG, Al Rowaih A. Spontaneous osteonecrosis of the knee: value of RM imagin in determining prognosis. *Am J Roentgenol* 1990; 154: 331-336.
7. Klippel JH, Dieppe PA. *Rheumatology*. Barcelona: Mosby-Doyma Libros, 1995.
8. Martí CB, Rodríguez M. Spontaneous osteonecrosis of the medial compartment of the knee: a MRI follow-up after conservative and operative treatment, preliminary results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2000; 8: 83-88.