



Coxalgia crónica: necrosis avascular de la cabeza femoral

M. A. CASTELLANO DEL CASTILLO, A. GONZÁLEZ ÁLVAREZ*, M. A. BLANCO RAMOS**

Médico Especialista en Rehabilitación. Servicio de Rehabilitación. Fundación Hospital Verín. Ourense.

*Médico Especialista en Medicina Interna. Coordinador del Centro de Salud Novoa Santos. Ourense.

**Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud de la Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Chronic hip pain: femur head necrosis

RESUMEN

La necrosis avascular ósea es una entidad patológica poco frecuente que puede aparecer de forma idiopática o bien ser secundaria a diversas patologías. Puede encontrarse a distintos niveles, siendo los más frecuentes en el adulto la cabeza femoral y el escafoides carpiano.

En el caso de localizarse en la cadera da lugar a una coxalgia, cuadro frecuentemente estudiado en los centros de Atención Primaria, por lo que es muy importante su diagnóstico diferencial y precoz, sobre todo en caso de existir factores de riesgo.

Presentamos un caso clínico de necrosis avascular de la cabeza femoral y hacemos una revisión de lo expuesto en la bibliografía actual al respecto.

Palabras clave: Cadera. Dolor. Necrosis avascular.

ABSTRACT

Avascular bone necrosis is a very rare pathological entity that can appear in an primary way or a secondary one due to diverse factors. It can be found in a few levels, especially in the femoral head and the carpal navicular bone in the adult patient.

If the lesion is located in the femoral head leads to a hip pain, a very frequent clinical manifestation studied in Primary Health Care centers, so it is very important its early and differential diagnosis, above all, in the case that exist risk factors.

We present a clinical case of avascular necrosis of the femoral head and perform a current bibliographic revision on the matter.

Key words: Hip. Pain. Femur head necrosis.

INTRODUCCIÓN

Una de las causas que más consultas suponen a nivel de Atención Primaria es la patología de aparato locomotor. El aumento de la esperanza de vida da lugar al seguimiento y tratamiento de multitud de cuadros articulares degenerativos. Además, la cada vez más extendida práctica deportiva lleva al facultativo a enfrentarse a diario con una gran variedad de alteraciones musculoesqueléticas.

Una de las presentaciones sintomáticas más frecuentes es la coxalgia. En principio, y especialmente en el anciano, ésta se debe a una degeneración artrósica de la articulación coxofemoral. Pero

también puede ser debida a un amplio grupo de procesos que deben ser conocidos y descartados en la valoración del paciente. La necrosis avascular de la cabeza femoral, aunque poco frecuente, es uno de ellos. La gravedad de las secuelas que puede producir hace necesario su estudio, sobre todo en sujetos con factores de riesgo asociados.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años de edad con cuadro de importante obesidad como único antecedente patológico de interés. Presenta coxalgia bilateral, siendo más

intensa del lado derecho, de un año y medio de evolución. No refiere antecedente traumático ni sobreesfuerzo. El dolor comenzó de forma insidiosa con características mecánicas (aumentando con el movimiento y cediendo con el reposo), para más tarde hacerse más continuo e incorporar también un componente nocturno. Se acompañaba de limitación articular y exacerbación dolorosa con la abducción y las rotaciones activas y pasivas. La deambulación se veía comprometida, especialmente en la fase de apoyo total, y se realizaba un patrón de marcha antiálgico. La paciente refería simultáneamente gonalgia bilateral. El cuadro doloroso no cedió con tratamiento antiinflamatorio vía oral y reposo. Se solicitó estudio de radiología simple de pelvis con ambas caderas y rodillas, que mostró una irregularidad y deformidad de la cabeza femoral derecha, con esclerosis y geodas subcondrales, junto con una relativa conservación del espacio articular, compatible todo ello con osteonecrosis avascular de la cabeza femoral derecha (Fig. 1). Así mismo se observaban imágenes de cambios de-



Figura 1

Radiografía simple de cadera derecha. Proyección anteroposterior. Irregularidad del contorno de la cabeza femoral junto con esclerosis y estrechamiento del espacio articular.

generativos artrósicos en la cadera izquierda y en ambas rodillas.

La paciente fue remitida al traumatólogo de área, el cual decidió completar el estudio mediante una Tomografía Computerizada (TC). Se confirmó la sospecha clínica al verificarse dicha deformidad de la cabeza femoral derecha con aplanamiento e irregularidad de su cortical a nivel anterosuperior, existiendo geodas y esclerosis subcondral, así como una banda radioluciente subcondral con interrupción de la cortical (Fig. 2).

Con el diagnóstico confirmado de osteonecrosis de la cabeza femoral derecha se optó por el tratamiento quirúrgico mediante una artroplastia total de cadera. Tras la intervención la paciente fue remitida al Médico Especialista en Rehabilitación para su valoración, presentando la siguiente exploración física: cicatriz quirúrgica no adherida ni dolorosa. Dolor difuso a la palpación de la cadera. Balance articular: 80° de flexión, -10° extensión, 30° abducción, 25° adducción. Balance muscular 4/5 global. No déficits sensitivos distales. Pulsos periféricos presentes. Buen relleno vascular distal. Deambulación con dos bastones ingleses. Se pautó tratamiento rehabilitador mediante 28 sesiones de fisioterapia y electroterapia, lográndose una buena evolución clínica. Al alta en el Servicio de Rehabilitación la paciente no refería coxalgia. No dolor a la palpación de la cadera. Cicatriz quirúrgica normal. Balance articular: 100° flexión, 10° extensión, 40° abducción y 45° de adducción. Balance muscular 5/5. Deambulación independiente sin ayudas técnicas.

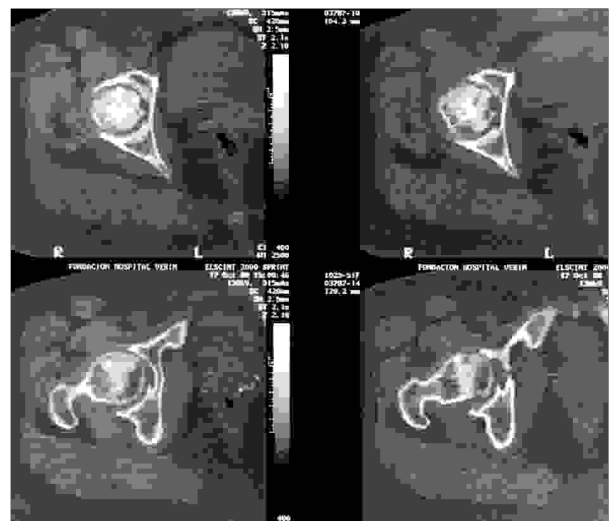


Figura 2

Corte axial de tomografía computerizada de cadera derecha. Ventana ósea. Se pueden apreciar imágenes de esclerosis subcondral, así como una banda radioluciente subcondral con interrupción de la cortical.

DISCUSIÓN

Distintas patologías pueden dar lugar a la aparición de un cuadro de necrosis avascular ósea (NAO) en el adulto. Podemos establecer dos grandes grupos en función de la etiopatogenia del proceso:

—Las NAO postraumáticas, en las que se produce una interrupción aguda e intensa de la vascularización.

—Las NAO no traumáticas u osteonecrosis idiopáticas, debidas a distintos factores que originarían una coagulación intravascular local (Tabla I).

La NAO de la cabeza femoral es la responsable del 3% de las coxopatías del adulto, con una incidencia de un caso nuevo por cada millón de habitantes al año. Aparece más frecuentemente en el varón y predomina en el grupo de edad comprendido entre los 30 y los 60 años. En el 60% de los casos es bilateral¹.

La sintomatología predominante es la coxalgia, que puede debutar de forma brusca e intensa o bien mostrar una evolución progresiva con características mecánicas. Se acompaña de una contractura muscular periarticular asociada, en la mayoría de los casos, y una limitación de la movilidad articular activa y pasiva, especialmente marcada en los movimientos de abducción y rotación. Todo ello puede dar lugar a una importante discapacidad².

El diagnóstico clínico se confirma mediante el estudio por la imagen. La radiología simple es una técnica que sirve para el diagnóstico en etapas tardías. Ante la sospecha de NAO se recomienda utilizar la RM y la gammagrafía ósea³⁻⁵. Esta última es poco específica, pero sensible para localizar las zo-

Tabla I

FACTORES CAUSALES DE NECROSIS AVASCULAR ÓSEA

Alcoholismo
Hemoglobinopatías
Hiperlipemias
Hiperuricemia
Anemia drepanocítica
Osteodistrofia renal
Obesidad
Uso sistémico de esteroides
Shock séptico
Enfermedad inflamatoria intestinal
Lupus eritematoso sistémico
Neoplasias
Embarazo

nas afectadas. El mejor método no invasivo es la RM, donde se ven imágenes homogéneas o no, con disminución de la señal en la región subarticular. Si persiste la sospecha de NAO y la RM es normal se debe hacer una gammagrafía ósea, que si también resultase negativa, se aconseja repetir cada 2-4 meses. Una vez establecida la lesión (como en el caso que presentamos) la TC se caracteriza por su efectividad en la identificación de fracturas y en el estadiaje del proceso^{5,6}.

La clasificación más preponderante sobre la necrosis avascular de la cabeza femoral es la desarrollada en función de los cambios radiográficos por Ficat y Arlet⁷ (Tabla II).

Tabla II

ESTADIOS DE LA NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA FEMORAL DE FICAT Y ARLET

Estadio	Síntomas	Radiología	Gammagrafía	Patología
0	Ninguno	Normal	¿Captación disminuida?	
1	Ninguno o leves	Normal	Zona fría en cabeza femoral	Infarto de la zona de la cabeza que soporta el peso
2	Leves	Cambios de densidad en la cabeza femoral	Aumento de la captación	Reparación espontánea de la zona infartada
2A		Esclerosis o quistes, línea articular normal, contorno cabeza femoral normal		
2B		Aplanamiento (signo de la semiluna)		
3	Leves a moderados	Pérdida de la esfericidad, colapso	Aumento de la captación	Fractura subcondral, colapso y fragmentación del segmento necrótico
4	Moderados a graves	Estrechamiento del espacio articular, cambios acetabulares	Aumento de la captación	Cambios osteoartíricos

Modificada: cita 7.

El tratamiento a aplicar está en función del estadio de Ficat en que se encuentre la NAO. En los estadios iniciales I y II la aplicación de magnetoterapia a baja intensidad (0-40 Gauss) mediante campos electromagnéticos pulsados, ha demostrado su efectividad^{8,9}. También se ha utilizado la descompresión quirúrgica del núcleo en estos estadios. En los estadios avanzados III y IV el tratamiento de elección, a menos que existan contraindicaciones formales, es la realización de una artroplastia total de cadera, que ha mostrado unos buenos resultados a largo plazo en estos pacientes^{10,11}. El tratamiento rehabilitador, pautado por

el Médico Especialista en Rehabilitación correspondiente, ha demostrado lograr una importante mejoría funcional tras la realización de la artroplastia^{12,13}.

CORRESPONDENCIA:
M.A. Castellano del Castillo
Servicio de Rehabilitación
Fundación Hospital Verín.
Ctra. De Laza s/n
32600 Verín. Orense.

Bibliografía

1. López-Durán L. Necrosis óseas avasculares. En: López-Durán L. Traumatología y Ortopedia. 2ª ed. Madrid: Luzán, 1995; 5: 115-7.
2. Coombs RR, Thomas RW. Avascular necrosis of the hip. Br J Hosp Med 1994; 51(6): 275-80.
3. Mitchell MD, Kundel HL, Steimberg ME, Kressel HY, Alavi A, Axel L. Avascular necrosis of the hip: comparison of MR, Ct and scintigraphy. AJR Am J Roentgenol 1996; 147 (1): 67-71.
4. Markisz JA, Knowles RJ, Altchek DW, Schneider R, Whalen JP, Cahill PT. Segmental patterns of avascular necrosis of the femoral heads: early detection with MR imaging. Radiology 1987; 162 (3): 717-20.
5. Mitchell DG, Kressel HY, Arger PH, Dalinka M, Spritzer CE, Steimberg ME. Avascular necrosis of the femoral head: morphologic assesment by MR imaging, with CT correlation. Radiology 1986; 161 (3): 739-42.
6. Manero FJ, Castellano MA, Manero I. Radiología ósea. Medicina Integral 1997; 30 (5): 217-9.
7. Dutkowsky JP. Trastornos no traumáticos diversos. En: Crenshaw AH. Campbell. Cirugía Ortopédica. 8ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994; 1922-4.
8. Aaron RK, Lennox DW, Bunce GE, Ebert T. The conservative treatment of osteonecrosis of the femoral head: a comparison of core compresion and pulsing electromagnetic fields. Clin Orthop 1989; 249 (1): 209-18.
9. Rioja Toro J. Magnetoterapia. En: Rioja Toro J. Electroterapia y electrodiagnóstico. 2ª ed. Valladolid: Universidad de Valladolid 1996; 299-309.
10. Xenakis TA, Beris AE, Malizos KK, Koukoubis T, Gelalis J, Soucacos PN. Total hip arthroplasty for avascular necrosis and degenerative osteoarthritis of the hip. Clin Orthop 1997; 341: 62-8.
11. Garino JP, Steimberg ME. Total hip arthroplasty in patients with avascular necrosis of the femoral head: a 2 to 10 year follow up. Clin Orthop 1997; 334: 108-5.
12. Walker WC, Keyser-Marcus LA, Cifu DX, Chaudhri M. Impatient interdisciplinary rehabilitation after total hip arthroplasty surgery: a comparison of revision and primary total hip arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil 2001; 82 (1): 129-33.
13. Ericksson B, Perkins M. Interdisciplinary team approach in the rehabilitation of hip and knee arthroplasties. Am J Occup Ther 1994; 48 (5): 439-45.