

Open Access



Osteonecrosi avascular del cap de fèmur: Diagnòstic diferencial

Eva Vilaplana Morillo¹, Emili Marco Segarra², Anna Cruz Esteban³, Neus Aguilar⁴
Mas, Pilar Carmona García⁵

1. Metgessa de Família i
Comunitària.EAP Sarrià
de Ter.ICS Girona

2. Metge de Família i
Comunitària.EAP Sarrià
de Ter.ICS Girona

3. Infermera.EAP Sarrià de
Ter.ICS Girona

4. Resident de Família i
Comunitària.EAP Sarrià
de Ter.ICS Girona

5. Metgessa de Família i
Comunitària.EAP
Celrà.ICS Girona

**Adreça per a
correspondència:**

Eva Vilaplana Morillo

Adreça electrònica:

evilap124@gmail.com

RESUM

L'osteonecrosi avascular és una malaltia derivada de la pèrdua temporal o permanent de l'aportació sanguínia als ossos, que pot donar lloc a un col·lapse. Tot i que pot passar en qualsevol os, l'osteonecrosi més comuna afecta les epífisis dels ossos llargs, com el fèmur i l'húmer. El grau d'incapacitat resultant d'aquesta osteonecrosi depèn de quina part de l'os es veu afectat, de la grandària de la seva afectació i de com pot l'os reconstruir-se de forma efectiva. Cal descartar aquesta malaltia davant de qualsevol trastorn dolorós que afecta l'engonal en un pacient de mitjana edat amb factors de risc com el cas del pacient que presentem, de 60 anys, que va ser diagnosticat d'un càncer de pròstata i que va anar a veure el seu metge de capçalera per deterioració de la marxa i símptomes de dolor pelvià que es va iniciar feia sis mesos.

Osteonecrosis avascular de la cabeza de fémur: diagnóstico diferencial.

La osteonecrosis avascular es una enfermedad resultante de la pérdida temporal o permanente del riego sanguíneo a los huesos, que pueden conducir a un colapso. Aunque puede ocurrir en cualquier hueso, la osteonecrosis más común afecta a la epífisis de los huesos largos como el fémur y el húmero. El grado de incapacidad resultante de esta osteonecrosis depende de qué parte del hueso se ve afectada, el tamaño de su participación y cómo el hueso puede reconstruirse de forma efectiva. Es necesario descartar esta enfermedad ante cualquier trastorno doloroso que afecta a la ingle en un paciente de media edad con factores de riesgo como en el caso del paciente que presentamos de 60 años, que fue diagnosticado de un cáncer de próstata y que acudió a su médico por deterioro de la marcha y síntomas de dolor pélvico que se iniciaron seis meses antes.

Avascular osteonecrosis of the femoral head: differential diagnosis.

Avascular osteonecrosis is a disease resulting from the temporary or permanent loss of blood supply to the bones leading to a collapse. Although it can affect any bone, the most common osteonecrosis affects the epiphysis of the long bones, such as the femur and the upper arm. The amount of disability that results from osteonecrosis depends on what part of the bone is affected, how large an area is involved, and how effectively the bone rebuilds itself. This disease must be discarded in any painful disorder affecting the groin in middle-aged patients with risk factors such as in this patient aged 60 who was diagnosed with a prostate neoplasm and went to see his GP for gait impairment and symptoms of pelvic pain initiated six months earlier.

INTRODUCCIÓ

L'osteonecrosi avascular es defineix com a mort cel·lular dels components de l'os a causa de la interrupció del subministrament de sang; la destrucció de les estructures de l'os provoca, dolor i pèrdua de la funcionalitat de l'articulació^{1,2}. L'osteonecrosi avascular normalment té lloc a l'epífisi dels ossos llargs, com els caps femoral i humeral i els còndils femorals, però els ossos petits també poden ser afectats. En la pràctica clínica, l'osteonecrosi avascular es troba generalment al maluc, per tant, la majoria de les dades disponibles, pel que fa a la seva història natural, patologia, patogènesi i tractament pertanyen a necrosis avascular del cap del fèmur^{1,2}. L'osteonecrosi avascular està associada a múltiples etiologies. Els pacients que prenen corticoides i els trasplantats presenten alt risc d'osteonecrosi avascular. També ha estat descrita en els pacients que prenen bifosfonats, així com, més recentment, en el 1,7% de pacients de càncer que reben tractament amb denosumab¹. El diagnòstic precoç i la intervenció apropiada poden retardar la necessitat de substitució de l'articulació. El curs de malaltia, sense tractament és gairebé sempre progressiu i provoca la destrucció total de l'articulació al cap de 5 anys.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 60 anys que treballava com a mecànic que consultà per dolor i imпотència funcional d'instauració progressiva (6 mesos) a nivell maluc i pelvis dreta. No presentava antecedents de traumatismes previs. El dolor no augmentava per la nit i no hi havia alteracions radicars. Sense antecedents familiars d'interès. Antecedents personals d'hipertensió arterial controlada amb dieta, obesitat, dislipidèmia sense tractament, ex-fumador des de feia 20 anys, bevedor de 42 UBE a la setmana, fetge gras i intervingut d'adenocarcinoma de pròstata als 55 anys amb cirurgia radical amb bons controls fins l'actualitat. Al·lèrgia als antiinflamatoris no esteroïdals, paracetamol i metamizol.

A l'exploració destacava dolor sever, dificultat per a la deambulació, limitació dolorosa de la mobilitat de l'articulació del maluc, sobretot a la rotació interna i a l'abducció. Es realitzà analítica on destacava GOT 43 U/l (0-40), GPT 59 U/l (0-41), GGT 204 U/l (0-60), albúmina 55,3% (55,8-66,1), gammaglobulina 21,1% (11,1-18,8), cadenes lleugeres kappa 1320 mg/dl (574-1276), cadenes lleugeres lambda 736 mg/dl (313-723) i proteïna C reactiva 0,59 mg/dl (0-0,5). La resta d'analítica fou normal incloent marcadors tumorals.

A la radiografia de maluc s'aprecià lesió osteolítica informada com a àrea radiotransparent focal en el cap femoral dret, amb osteòlisi o probables metàstasis, que calia valorar estudis complementaris (Figura 1). La ressonància magnètica nuclear (Figura 2) va ser informada com a discopatia L4-S1 amb imatges a cresta ilíaca dreta i a coll femoral que podrien correspondre a procés M1. No hi havia adenopaties.

Figura 1. Radiografia del cas

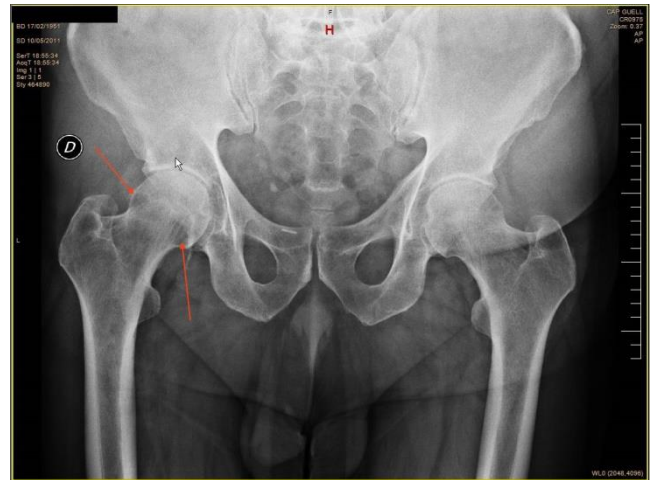
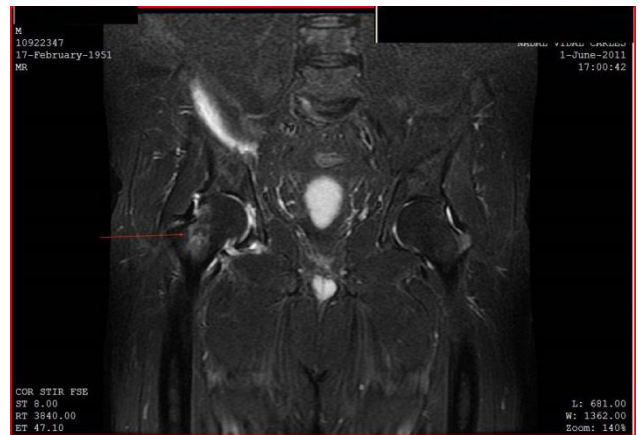


Figura 2. Ressonància magnètica del pacient



Es consultà amb urologia i oncologia mèdica que sol·licitaren gammagrafia òssia que es va informar com imatges a cresta ilíaca dreta i a coll femoral que no permetien descartar un procés metastàtic/infiltratiu. Es derivà a traumatologia per a valoració de biòpsia òssia. Es practicà la biòpsia amb informe de fragment de teixit òss amb focus de necrosi i hemorràgia del greix intertrabecular. No s'evidencià infiltració neoplàstica. Davant la sospita d'osteonecrosi avascular del cap femoral se li va practicar resecció de cap femoral i se li aplicà una pròtesi del cap femoral (Figura 3).

Figura 3. Radiografia coxofemoral



L'anatomia patològica del fragment eliminat no mostrarà lesions tumorals. Als 6 mesos de la intervenció el pacient està asimptomàtic i ha reiniciat la vida laboral.

DISCUSSIÓ

L'osteonecrosi avascular del cap del fèmur és un estat patològic amb múltiples etiologies possibles que causa disminució del subministrament vascular a l'os subcondral del cap del fèmur amb el resultat de mort de l'osteòcit i col·lapse de la superfície articular^{1,2}. La localització més freqüent de l'osteonecrosi avascular sol correspondre al cap femoral, però poden veure's afectades altres localitzacions, en les que destaquen el còndil femoral, la tibia proximal i els ossos del carp i tars³.

L'osteonecrosi avascular del cap femoral és la responsable del 3% de les coxopaties de l'adult, amb una incidència d'un nou cas per milió d'habitants i any. Es dona més freqüentment en l'home amb predomini en el grup d'edat comprès entre los 30 i els 60 anys. En el 60% de los casos és bilateral⁴. Diverses patologies poden donar lloc a l'aparició d'una osteonecrosi avascular en l'adult:

1. Les osteonecrosis avasculares post-traumàtiques, en les que es presenta una interrupció aguda i mantinguda de la vascularització, com per exemple, en fractures cap del fèmur, luxació del cap del fèmur i epifisiòlisi del cap del fèmur⁵
2. Les osteonecrosis avasculares atraumàtiques o idiopàtiques^{1,2,4-6} (**Taula 1**).

Taula 1. Osteonecrosis atraumàtiques

Alcoholisme
Bifosfonats
Coagulació intravascular disseminada
Compressió extravascular
Condicions hiperbàriques (ex. busseig en aigües profundes)
Connectivopaties i altres malalties autoimmunes
Dislipèmies
Drepanocitosi
Embaràs
Hiperuricèmia
Hemoglobinopaties
Infecció crònica per VIH

Infart subcondral de l'os
Lupus sistèmic
Xoc sèptic
Malalties hepàtiques cròniques (hepatopatia B crònica, cirrosi)
Malaltia inflamatòria intestinal
Neoplàsies
Obesitat
Osteodistròfia renal
Quimioteràpia
Radioteràpia
Transplantament
Ús sistèmic de corticosteroides

Els símptomes de l'osteonecrosi avascular són inespecífics, essent generalment el primer un dolor sord d'evolució lenta en la zona inguinal. Els signes inicials són una disminució de la rotació interna i abducció del maluc. L'estudi radiològic i la ressonància estableixen el diagnòstic i el grau d'afectació articular⁷. La gammagrafia òssia és una tècnica menys sensible i específica, però és útil per al diagnòstic de la malaltia multifocal³.

Els símptomes d'un tumor ossi són també inespecífics, podent correspondre a altres lesions òssies o articulars que també manifesten dolor, augment del volum o impotència funcional. Això ens obliga a ser molt acurat en la seva interpretació i considerar totes les possibilitats diagnòstiques⁶.

L'abordatge terapèutic actualment és controvertit; no obstant això, el tractament quirúrgic mitjançant artroplàstia total del cap femoral continua essent el tractament que millors resultats dona quant a la desaparició del dolor i al funcionalisme articular^{3,8}.

BIBLIOGRAFIA

1. Medscape [internet]. Avascular necrosis. Actualitzat juny 2016, consultat juny 2016. Disponible a: emedicine.medscape.com/article/333364-overview
2. Kaushik AP, Das A, Cui Q. Osteonecrosis of the femoral head: an update in year 2012. *World J Orthop.* 2012;3:49-57.

3. Verdú Solans J, Soler Costa M, Ojeda Cuchillero I. Osteonecrosis de la cabeza femoral: un pronóstico no tan ominoso. Form Med ContA ten Prim. 2013;20:111-5.
4. Castellano del Castillo MA, González Álvarez A, Blanco Ramos MA. Coxalgia crónica: necrosis avascular de la cabeza femoral. MEDIFAM . 2002;12:62-5.
5. 9.Medscape [internet]. Avascular necrosis. Actualitzat agost 2015, consultat juny 2016. Disponible a: emedecine.medscape.com/article/86568-overview
6. Navarro Elizondo M, Yanguas Barea N. Tumor óseo. Form Med Contin At Prim. 2013;20:616.
7. Navarro Elizondo M, Merino Muñoz M, Yanguas Barea N. Osteonecrosis avascular de cabeza femoral. Form Med Cont At Prim. 2014;21:302-3.
8. Parra Gordo ML, Aroca Peinado M, Castaño Palacio DM, Caba Cuevas M, González Sendra. Aflojamiento protésico aséptico, osteólisis por micropartículas o síndrome de movilización protésica. Med Gen Fam. 2011;141:578-81.

Com citar l'article: Vilaplana Morillo E, Marco Segarra E, Cruz Esteban A, Aguilar Mas N i Carmona García P. Osteonecrosi avascular del cap de fèmur: diagnòstic diferencial. But At Prim Cat 2017;35:36.