

Necrosis avascular (NAV) de cabeza femoral bilateral y aplastamiento vertebral múltiple, secundario a uso de corticoides.

A. Hurtado Ortega, N. López Martin, M. López Franco, C. Gebhard, M. De Dios Pérez, J. Escalera Alonso.

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Infanta Sofía.



Introducción:

La necrosis avascular supone la muerte del tejido óseo y medular por fallo en la vascularización. En su etiología intervienen numerosos factores siendo los traumatismos la primera causa, seguida del uso de corticoides a altas dosis. Las fracturas vertebrales son también la consecuencia de la administración crónica de glucocorticoides, y un 30-50% de estos pacientes tienen más riesgo de sufrir una fractura, aunque sólo un tercio de éstas serán sintomáticas.

Objetivos:

Describimos el caso de un paciente joven con osteoporosis avanzada secundaria a uso de altas dosis de corticoides. Evaluamos su diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos:

Paciente varón de 44 años, con antecedentes de dermatitis atópica con uso crónico de glucocorticoides, sepsis cutánea de repetición y síndrome de Cushing iatrogénico. En el 2014 acude a Urgencias e ingresa en estado de insuficiencia suprarrenal aguda, secundaria a shock séptico, bajo la sospecha de NAV de cadera derecha infectada, se le realiza intervención y se deja en Girlestone (artroplastia de resección), requirió varias semanas de ingreso en UVI y tratamiento antibiótico de amplio espectro; posteriormente se le reintervino con colocación de PTC D; sin embargo, a las pocas semanas del postoperatorio presentó infección de herida quirúrgica con aislamiento de S. Aureus. Se le programó para recambio de componentes móviles de la PTC D. Durante ese ingreso se le diagnóstico de fractura - aplastamiento de D10, D11 asintomáticas. En el 2015 se interviene de PTC I secundaria a NAV.

Resultados:

Durante el seguimiento el paciente recuperó la funcionabilidad de ambas caderas, deambulando correctamente, sin dolor, sin embargo en la última revisión acudía en silla de ruedas por dolor a nivel lumbar con hallazgo de nuevas fracturas lumbares, se le coloca ortesis dorso-lumbar y se le remite al Servicio de Reumatología para cambio en el tratamiento con bifosfonatos.

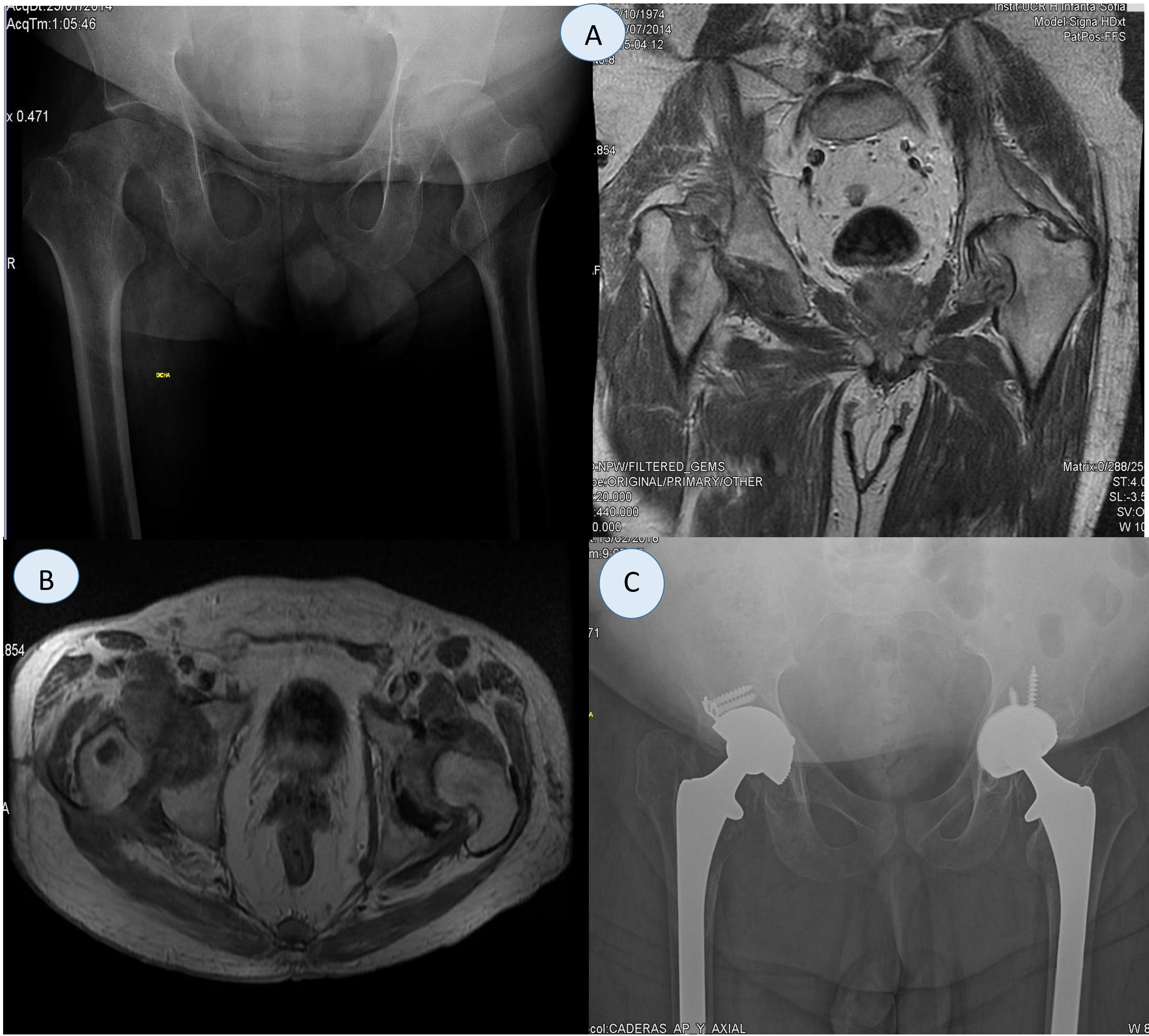


Figura 1:

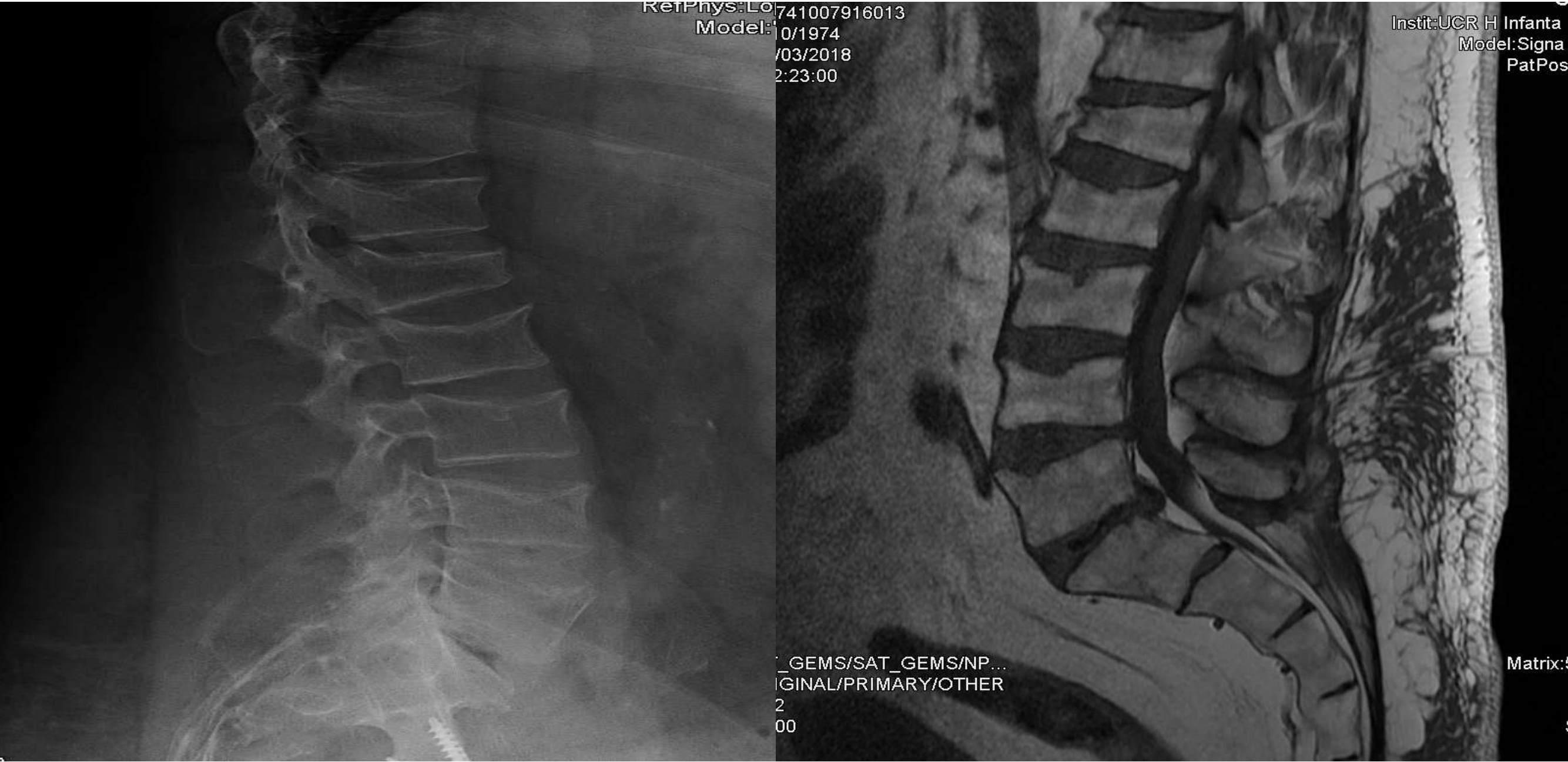
- A. Rx AP y plano sagital de RM de pelvis en la que se observa displasia de cadera bilateral.
- B. Plano axial de RM de pelvis, la cabeza de la cadera D está prácticamente desaparecida, existiendo una colección en musculatura glútea y aductora del muslo derecho.
- C. Rx AP de pelvis que muestra el control postoperatorio de PTC bilateral.

Figura 2:

- Rx y RM de columna lumbar (corte sagital), en la que se observan múltiples fracturas a nivel de D10, D11 antiguas y en D12-L2 de nueva aparición.

Conclusiones:

A la luz de los datos presentados es necesario recomendar el uso juicioso de los glucocorticoides, prescribiendo para controlar la enfermedad subyacente la dosis mínima necesaria y durante el menor tiempo que sea posible.



Bibliografía:

- 1. Moya-Angeler J, Gianakos AL, Villa JC, Ni A, Lane JM. Current concepts on osteonecrosis of the femoral head. World J Orthop. 2015;6(8):590. Epub 2015 Sep 18.
- 2. Shah KN, Racine J, Jones LC, Aaron RK. Pathophysiology and risk factors for osteonecrosis. Curr Rev Musculoskelet Med. 2015 Sep;8(3):201-9.
- 3. Mont MA, Hungerford DS. Non-traumatic avascular necrosis of the femoral head. J. Bone Joint Surg Am. 1995;77(3):459.
- 4. Chang CC, Greenspan A, Gershwin ME. Osteonecrosis: current perspectives on pathogenesis and treatment. Semin Arthritis Rheum. 1993;23(1):47.
- 5. Chernetsky SG, Mont MA, LaPorte DM, Jones LC, Hungerford DS, McCarthy EF. Pathologic features in steroid and nonsteroid associated osteonecrosis. Clin Orthop Relat Res. 1999;368:149-61.
- 6. S Inoue S, Horii M, Asano T, Fujioka M, Ogura T, Shibatai M, Kim WC, Nakagawa M, Tanaka T, Hirota Y, Kubo T. Risk factors for nontraumatic osteonecrosis of the femoral head after renal transplantation. J Orthop Sci. 2003;8:751-6.