

Artrosis rápidamente destructiva de cadera: a propósito de un caso.

Susana Gallego García*, Pedro Luis Vaca Fernández**, Elena Molina Terrón***, Pedro José Hernández Palomino*

* LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

**MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

***MIR. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Correspondencia: Susana Gallego García. sgallegoga@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La osteoartritis rápidamente destructiva de cadera es una enfermedad inusual, más común en mujeres de edad avanzada y se caracteriza por dolor y limitación funcional, acompañada de una rápida destrucción de la articulación. No se atribuye a procesos traumáticos, infecciosos, tumorales, isquémicos ni a causas neuropáticas o inflamatorias.

Exposición del caso. Varón de 72 años que acude por dolor inguinal bilateral de unos ocho meses de evolución. A la exploración física se observa limitación en la rotación externa de ambas caderas, así como rotación interna de cadera izquierda. No tenía alteración analítica relacionada con enfermedad infecciosa, metabólica o inflamatoria. En la RM de pelvis se visualizan marcada destrucción de las cabezas femorales de forma bilateral, así como importante esclerosis del hueso subcondral, derrame articular y sinovitis. En la radiografía previa de hacía siete meses, únicamente se visualizaban cambios artrósicos leves.

Diagnóstico y discusión: La osteoartritis de cadera rápidamente destructiva es una entidad compleja cuyo curso clínico podría variar entre unas pocas semanas y varios meses. Para hacer un diagnóstico preciso, se deben considerar otras causas de destrucción masiva de la articulación.

Aunque la etiología no se conoce completamente, parecen implicados al menor tres factores de riesgo: stress mecánico, degeneración del cartílago y la respuesta ósea. En cuanto a las pruebas de imagen,

los hallazgos radiológicos más específicos son: cabezas femorales planas, ausencia de cartílago articular, destrucción del hueso subcondral y signos de derrame articular. Estas características se pueden encontrar en rayos X o imágenes de resonancia magnética (MRI).

PALABRAS CLAVE

Coxartrosis rápidamente progresiva, coxartrosis, cadera, factor de riesgo.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN:

La osteoartritis rápidamente destructiva (RDOA) de la cadera es una enfermedad caracterizada por una rápida destrucción articular, con importante limitación y dolor, sin un diagnóstico específico subyacente. Existen diferentes nombres para esta condición clínica que incluyen: enfermedad de cadera rápidamente progresiva, coxartrosis destructiva o enfermedad de Postel.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1957 por Forestier, si bien fue dos décadas después en 1970 cuando Lequesne definió los criterios diagnósticos de esta enfermedad: condrólisis rápida consistente en estrechamiento del espacio interarticular mediante radiografía de > 2 mm en 1 año, o pérdida del espacio articular superior al 50% en 1 año y sin evidencia de otras formas de rápida

destrucción de la articulación [1-3].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 72 años que acude al servicio de Traumatología por dolor de unos ocho meses de evolución en región inguinal, inicialmente izquierdo y posteriormente también derecho con interferencia con el descanso nocturno.

A la exploración física destaca limitación para rotación externa de ambas caderas y rotación interna de cadera izquierda. El paciente no presenta fiebre. Posteriormente también es valorado por el servicio de Reumatología.

En la analítica únicamente se observa un aumento de la PCR (9 mg/L) y ligero aumento de la fosfatasa alcalina (136 UI/L).

Tanto factor reumatoide, ANA y HLA- B27 negativos. Inmunoglobulinas normales. Marcadores tumorales también negativos.

Como antecedentes personales de interés presenta hiperostosis ósea, condrocalcinosis de rodilla y protrusiones discales en columna lumbar con estenosis de canal.

Actualmente en tratamiento con alupironol para la gota, IECA para la HTA y Duodart para la hipertrofia prostática.

También tiene pautado tramadol, paracetamol y enantyum como tratamiento de la patología de la columna lumbar y resto de patología ósea.

Se propone añadir amitriptilina a los fármacos anteriormente referidos para intentar calmar el dolor.

El paciente tenía una radiografía de pelvis de hacía siete meses en la cual tan solo se observaba cambios artrósicos leves (Figura 1).

Se realizó RM de pelvis ósea evidenciándose marcados signos de artropatía, que se catalogan de rápidamente destructiva y bilateral, teniendo en cuenta tanto los hallazgos en la imagen como la evolución del paciente (Figura 2, 3, 4 y 5).

Se le realiza radiografía de pelvis un mes y medio después visualizándose hallazgos similares a los descritos en RM (Figura 6).

Se decide completar estudio con TC pélvico sin administración de contraste endovenoso (Figura 7) y posteriormente bajo control ecográfico y previa anestesia local de la zona se realiza punción con aguja de 18 G sobre proliferación sinovial y engrosamiento capsular en articulación de cadera

derecha para posterior análisis de anatomía patológica, laboratorio y microbiología.

En la anatomía patológica se describe tejido fibroso sin evidencia de inflamación ni de malignidad.

Tanto el cultivo aerobio como anaerobio del líquido articular/sinovial resultó negativo. Tampoco se demostró la presencia de bacilos ácido alcoholeresistentes ni de micobacterias.

El paciente actualmente se encuentra en lista de espera para realizar recambio articular de cadera derecha.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La coxartrosis rápidamente destructiva en una entidad rara de osteoartritis de la cadera en la cual la articulación coxofemoral experimenta una espectacular destrucción, a menudo a los pocos meses de iniciarse la sintomatología, cursando con mayor dolor y discapacidad que la artrosis convencional [2,4].

Cursa con dolor y limitación funcional de la cadera sin ser atribuidos a un evento traumático, infeccioso, tumoral, isquémico, inflamatorio o neuropático.

El dolor de cadera es el síntoma más frecuente. En la mayoría de los casos, el dolor de cadera ha estado presente durante seis meses a tres años (media 1,4 años).

Es más común en mujeres de mediana edad a ancianas en casi todas las series de casos notificadas, siendo habitualmente unilateral, aunque también puede cursar de forma bilateral.

La desestructuración articular que se produce se distingue de la llevada a cabo en la forma de artrosis convencional, ya que en la RDOA hay una respuesta hipotrófica ósea que se manifiesta por la escasez de osteofitos [1,3,5].

Aunque en lo referente a su etiología no está del todo esclarecida, en estudios recientes se han señalado tres factores de riesgo como principales responsables: el stress mecánico, la degeneración del cartílago y la respuesta ósea. Así, si la degeneración del cartílago es lenta se produce esclerosis reparativa y formación de osteofitos resultando en estabilidad articular y osteoartritis hipertrófica; si la degeneración del cartílago es rápida la respuesta ósea va a ser pobre resultando en osteoartritis atrófica o destructiva [1-4].

Otros factores que también podrían tener su papel en esta enfermedad son: los AINES, el aumento de osteoclastos, niveles elevados de interleucina 6 así como metaloproteinasa en el líquido sinovial.

No hay evidencia que haya relación entre la osteopenia generalizada y osteoporosis con la coxartrosis rápidamente destructiva, por lo que la existencia de fracturas por insuficiencia en el hueso subcondral no está relacionada.

Aunque el uso sistémico de glucocorticoides a largo plazo en una causa conocida de osteonecrosis, la asociación entre la inyección de glucocorticoides intraarticulares y RDOA es controvertida.

Asimismo, la información acerca de la relación entre la patología respiratoria y otra patología que produzca hipoxemia y la artrosis rápidamente destructiva es prácticamente inexistente [1,3,4].

Inicialmente, las radiografías convencionales se muestran sin anomalías o cambios osteoartríticos leves.

Las radiografías de seguimiento, obtenidas en unos pocos meses, muestran una destrucción articular progresiva grave con estrechamiento focal del espacio articular y extensa pérdida de hueso subcondral en la cabeza femoral, acetábulo o ambos. En estadios más avanzados no es raro observar aplanamiento de la cabeza femoral y pérdida de hueso subcondral en zonas que soportan peso, así como subluxación de la articulación coxofemoral [2-5].

En cuanto a la resonancia magnética se refiere, el derrame articular y la sinovitis van a estar presentes en el 100% de los casos. También se observará edema mal definido en la médula ósea de la cabeza femoral con extensión frecuente a la región intertrocanterea, así como afectación del acetábulo.

Será muy frecuente también el aplanamiento de la cabeza femoral, la fractura subcondral y los quistes subcondrales [1,4,6].

Aunque la historia clínica y las radiografías de seguimiento en muchas ocasiones van a ser suficientes para el diagnóstico, este se va a basar en los hallazgos clínicos, de laboratorio, radiológicos e histopatológicos, descartando siempre otros procesos patológicos más frecuentes como son los de etiología infecciosa, metabólica, inflamatoria crónica y ciertas neuropatías.

Muchas veces estos pacientes van a ser diagnosticados de forma errónea, etiquetándolos de artritis reumatoidea, neuroartropatías, artritis séptica, osteonecrosis de la cabeza femoral, artritis y osteoartritis seronegativas, pero los parámetros de laboratorio y la clínica no van a ser concordantes con estas enfermedades [2,4,7].

Los hallazgos macroscópicos, microscópicos y el análisis histológico de las cabezas femorales de los pacientes diagnosticados de RDOA permiten hacer el diagnóstico diferencial con la osteonecrosis. Macroscópicamente, las cabezas femorales son caracterizadas por una pérdida completa y moderada esclerosis de la superficie ósea con una sinovitis masiva concomitante. Microscópicamente se observarán fracturas superficiales del hueso trabecular, debris, cambios fibróticos e hiperemia junto con formación multifocal de granulomas de células gigantes reabsorptivas bordeados por osteoclastos agrandados.

La membrana sinovial puede mostrar un incremento de macrófagos y osteoclastos agrandados asociados a debris sin signos de enfermedad reumática o infección [1,2,6,8].

El tratamiento de la artrosis rápidamente destructiva de cadera es reemplazo de la articulación de la cadera seguido de un programa de rehabilitación en la mayoría de los pacientes, siendo este el gold standard debido a la severidad de la clínica y los hallazgos radiográficos.

Se aconseja en estos casos priorizar en lo que se refiere a las intervenciones quirúrgicas debido a dificultades técnicas intraoperatorias en casos avanzados. Las guías clínicas actuales no recomiendan la artroplastia total de cadera en un sitio infectado activo debido al alto riesgo de infección periprotésica temprana. Por este motivo, es muy recomendable descartar infección como causa de dolor en los casos que sugieran una desviación de la historia clínica típica de la osteoartritis [5,6,8].

BIBLIOGRAFÍA

1. Huerfano E, Bautista M, Bonilla G, Palau-Lazaro M, Llinás A, Monsalvo D. A case of rapidly destructive osteoarthritis of the hip with onset of less than six weeks. *J Clin Orthop Trauma* 2017; 8: S72-S75.

2. Rosenberg ZS, Shankman S, Steiner GC, Kastenbaum DK, Norman A, Lazansky MG. Rapid destructive osteoarthritis: clinical, radiographic, and pathologic features. *Radiology* 1992;182: 213–216
3. Teirlinck CH, Dorleijn DMJ, Bos PK, Rijkels-Otters JBM, Bierma-Zeinstra SMA, Luijsterburg PAJ. Prognostic factors for progression of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Arthritis Res Ther* 2019; 21: 192.
4. Borst R, Smereck JA, Davis JE. Rapidly Destructive Osteoarthritis: The Case of the Missing Femoral Head. *J Emerg Med* 2019; 57: e123–e124.
5. Boutry N, Paul C, Leroy X, Fredoux D, Migaud H, Cotten A. Rapidly Destructive Osteoarthritis of the Hip: MR Imaging Findings. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179: 657–663.
6. Hu L, Zhang X, Kourkoumelis N, Shang X. The mysteries of rapidly destructive arthrosis of the hip joint: a systemic literature review. *Ann Palliat Med* 2020; 9: 1220–1229.
7. Bernaus-Johnson M, Anglès F, Bartra A, Veloso M, Font-Vizcarra LL. Bilateral Rapidly Destructive Osteoarthritis of the Hip: Could We be Misdiagnosing? A Case Report. *J Orthop Case Rep* 2018; 8:
8. Pages E, Iborra J, Cuxart A. Artroplastia de Cadera. *Rehabilitación*. 2007; 41:280–9.

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1. Radiografía AP de pelvis. Ligera reacción del hueso subcondral en el margen superoexterno de ambos acetábulos que se acompaña de disminución del espacio interarticular, más expresivo en el lado izquierdo.

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora*



Figura 2. RM pelvis ósea. Secuencias potenciadas en T1 en el plano coronal (A) y axial (B). Marcada alteración morfoestructural de ambas caderas, más evidente en la cadera derecha. Aplastamiento y destrucción ósea de las cabezas femorales, signos de esclerosis subcondral, irregularidad de superficies articulares y marcada disminución del espacio articular femoroacetabular.

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora*

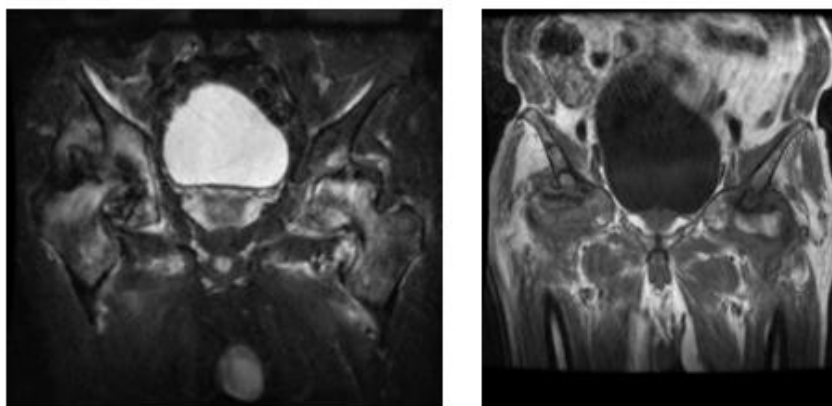


Figura 3. RM pelvis ósea. Prominente edema óseo con afectación femoral y acetabular bilateral visualizados en la secuencia STIR en el plano coronal (A).
Quistes subcondrales visibles en secuencia T1 en el plano coronal (b)

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora.*

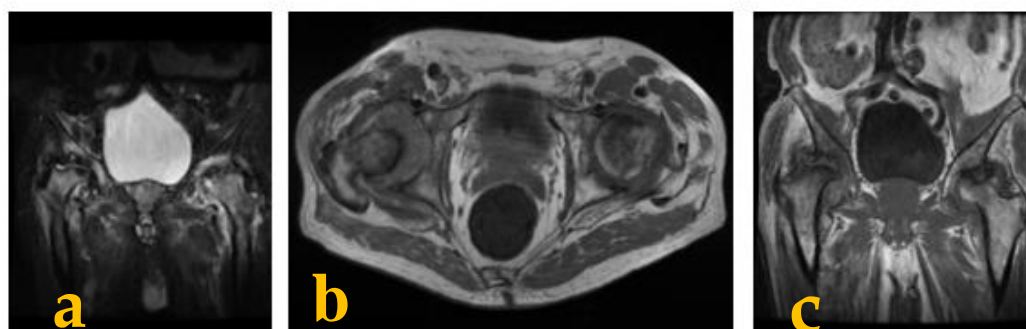


Figura 4. Importante distensión capsular, con derrame articular abundante en la cadera derecha y moderado en la izquierda en secuencia STIR en el plano coronal (a). Muestra una señal intermedia y heterogénea en secuencia potenciada en T1 en los planos axial y sagital (b y c) sugestivas de contenido proteináceo/hemorrágico.

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora.*

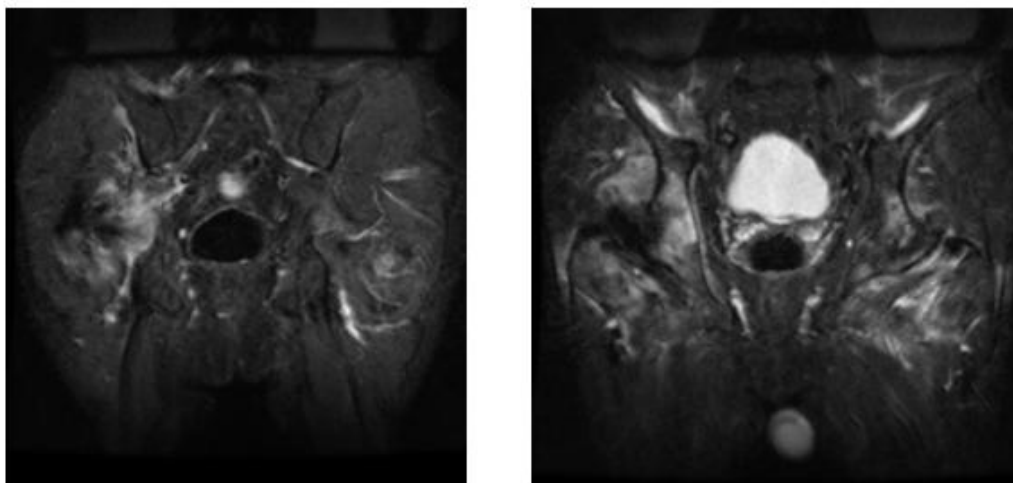


Figura 5. RM pelvis ósea. Secuencia STIR en el plano coronal. Edema muscular en raíz del muslo y musculatura glútea derecha.

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora.*



Figura 6. Radiografía AP de pelvis. Marcada destrucción de ambas cabezas femorales y acetábulos, de forma más importante en la cadera derecha, con pinzamiento de la interlínea articular, bordes irregulares, esclerosos y presencia de geodas subcondrales

**Imágenes cedidas del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Zamora.*