

# Coxartrosis y coxopatías del adulto. Diagnóstico y tratamiento

M. Lequesne

*En este artículo no sólo se describirán las coxopatías propiamente dichas (coxartrosis, coxitis, etc.), sino también los dismorfismos y las osteopatías que suelen expresarse como una coxopatía crónica. En una reseña semiológica se incluyen la anamnesis, la exploración física, la elección de las pruebas de imagen y las herramientas de valoración funcional. Las dificultades principales se refieren a las formas atípicas y a cuadros de conocimiento reciente, como el pinzamiento femoroacetabular (PFA) o, en el diagnóstico diferencial, a la tendinobursitis trocantérea con posible ruptura de los tendones del «manguito de la cadera». El concepto de factores de riesgo sustituye al de causas y abre la vía de las enfermedades multifactoriales y su posible incidencia terapéutica. El diagnóstico diferencial incluye las afecciones periarticulares, pero también dos estados a menudo ignorados: el dolor «de cadera» de origen lumbar y el dolor «de cadera» de origen arterial. Se señalan los errores en la elección de las pruebas de imagen. Demasiadas coxartrosis incipientes se pasan por alto debido a la falta de radiografías comparativas en proyecciones anteroposterior y oblicua. La resonancia magnética (RM), la tomografía computarizada (TC) o la arto-TC son recursos de segunda elección, que se escogen según la o las hipótesis clínicas y causales mayoritarias.*

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Cadera; Artritis; Necrosis; Sinovitis; Dismorfismos; Pinzamiento femoroacetabular; Tendinobursitis trocantérea

## Plan

		Tratamiento	15
■ <b>Introducción</b>	2	■ <b>Artritis infecciosas e inflamatorias (coxitis)</b>	15
■ <b>Etapas de la valoración y elección de las pruebas de imagen</b>	2	Coxitis por piógenos	15
Anamnesis	2	Coxitis tuberculosa	15
Exploración física	2	Coxitis inflamatoria	15
Evaluación del dolor y del déficit funcional	3	■ <b>Sinoviopatías y capsulopatías</b>	16
■ <b>Coxartrosis</b>	3	(Osteo)condromatosis sinovial de la cadera (CSC)	16
Forma típica	3	Sinovitis villonodular pigmentada (SVP)	17
Formas incipientes y atípicas	4	Retracción capsular («capsulitis retráctil»)	17
Factores de riesgo (antes «causas»)	7	■ <b>Artropatías metabólicas de la cadera</b>	17
Evolución. Factores pronósticos	9	Coxopatías de la condrocalcinosis articular	17
Tratamiento	10	Coxopatía de la hemocromatosis	17
■ <b>Pinzamiento femoroacetabular y dismorfismos causales</b>	12	Otras coxopatías metabólicas (infrecuentes)	17
Anatomía de los dismorfismos óseos responsables y mecanismo	12	■ <b>Osteopatías epifisarias de expresión articular (excluida la necrosis: cf supra)</b>	17
Epidemiología y clínica	12	Fracturas por esfuerzo de la cabeza femoral y del acetábulo	17
Pruebas de imagen	13	Geodas «aisladas» de la cabeza femoral (GACF) no artrósicas y del acetábulo	18
Tratamiento	13	Otras osteopatías epifisarias	18
■ <b>Necrosis de la cabeza femoral (NCF)</b>	13	■ <b>Diversos cuadros de autonomía clínica discutida</b>	18
Diagnóstico positivo	14	Osteoporosis transitoria de la cabeza femoral (antes «algodistrofia»)	18
Diagnóstico diferencial	14	Lesiones del rodete acetabular (labrum). Posibles formas «aisladas»	19
Diagnóstico etiológico	15	Cadera hiperostótica	19
Pronóstico	15		

■ <b>Diagnóstico diferencial</b>	<b>19</b>
Tendinobursitis trocantérea (TBT) (antes «periartrosis»)	
y ruptura del manguito de la cadera	19
Otras bursitis y tendinopatías. Hernias	19
Fracturas por esfuerzo extraepifisarias	20
Dolores «de cadera» de origen lumbar	20
Dolores «de cadera» de origen arterial	20
■ <b>Conclusión</b>	<b>20</b>

## ■ Introducción

Además de la coxartrosis, aquí se agrupan las coxopatías que afectan a un componente de la articulación: los dismorfismos, la sinovial y/o la cápsula, el hueso subcondral, el labrum. Las lesiones extraarticulares se tratan junto con el diagnóstico diferencial.

## ■ Etapas de la valoración y elección de las pruebas de imagen

La anamnesis, el análisis de las características del paciente, los antecedentes y los diversos factores de riesgo y, después, la exploración física [1] deben llevar a hipótesis diagnósticas, y éstas a pruebas complementarias adecuadas: no es necesario realizar una resonancia magnética (RM) para todo. En la práctica, se empieza por tres radiografías: anteroposterior y oblicuas comparativas de la pelvis (derecha e izquierda) [2]. Si no producen ninguna certeza (coxartrosis, dismorfismo, necrosis) habrá que solicitar otras pruebas, tanto radiológicas como biológicas, según las hipótesis más probables (Cuadro I). Además, hay que saber evaluar el nivel del dolor y la impotencia funcional para escoger el mejor tratamiento y dar una base sólida al control ulterior.

### Anamnesis

«Me duele la cadera»... El paciente describe de este modo muchas lumbalgias de proyección lateral baja. En reumatología, lo primero es pedirle al paciente que, en bipedestación, señale con el dedo la zona dolorosa y las irradiaciones. El dolor de la cadera es habitualmente anterior o lateral, a menudo retrotrocantéreo, raras veces posterior puro (glúteo) o interno (obturador); con frecuencia se irradia al muslo y a la rodilla, sitios que a

veces se perciben como los únicos afectados. Hay que preguntar sobre el modo de comienzo, la antigüedad, la evolución (intermitente o continua), el ritmo nocturnal y el alivio con algún tratamiento.

Al recabar los antecedentes ya se puede sospechar un posible hilo de Ariadna causal: factores de riesgo de coxartrosis, de necrosis (cf infra) o de fractura de esfuerzo por insuficiencia ósea.

### Exploración física

La exploración física se lleva a cabo, de forma sucesiva, con el paciente en bipedestación, durante la marcha y en decúbito. En bipedestación, se busca una actitud viciosa irreducible en flexión o en rotación externa del muslo, más raramente en abducción o aducción, y se evalúa la troficidad muscular de la nalga y del muslo. Durante la marcha, además de la cojera, hay que detectar la reducción del paso posterior, que disminuye la amplitud de las zancadas.

En decúbito, se busca la limitación y el dolor durante la movilización pasiva de la cadera en todas las direcciones y/o signos específicos de un diagnóstico particular. La secuencia de los movimientos pasivos de la cadera no es igual para los reumatólogos y los cirujanos ortopedistas. Los reumatólogos evalúan de forma sucesiva la flexión (y muy raramente la extensión), la flexión cruzada o la flexión-aducción, las rotaciones externa e interna con el muslo en flexión a 90° respecto a la pelvis y, por último, la abducción y la aducción con el muslo en flexión a 45°. Los cuatro últimos movimientos son explorados en *extensión* por los ortopedistas. El dolor y la limitación pueden disociarse. La reducción de la movilidad podría ser escasa o nula en caso de necrosis de la cabeza femoral, algodistrofia, fracturas por esfuerzo y coxartrosis rápidamente destructiva (CRD). La exploración debe ser comparativa y se usa como referencia el costado indoloro. Se mide la hipotrofia muscular homolateral. Si no hay una limitación de la movilidad, es indispensable la valoración analítica tendinosa (contracciones resistidas) y la palpación de la ingle (hernia, quiste) y las zonas óseas.

Una limitación dolorosa en casi todas las direcciones permite sospechar una coxopatía: artrosis, necrosis, lesión sinovial, etc.

Sin embargo, si el dolor y/o la limitación se reproducen en su mayoría o de forma exclusiva con una sola maniobra, las hipótesis serán muy distintas [1], por ejemplo: tendinobursitis trocantérea si sólo es dolorosa la rotación externa (o casi) o pinzamiento femoroacetabular si la flexión forzada es dolorosa de forma selectiva.

### Cuadro I.

Causas principales de cadera dolorosa con radiografía normal o no concluyente [3].

Antigüedad del dolor	Hipótesis	Qué hacer
1. Algunos meses o años	Coxartrosis con placa AP sin pinzamiento	Proyección oblicua comparativa D/I
	Coxartrosis sin signos radiográficos	Artro-TC
	Displasia y/o coxa valga «límite»	Coxometría AP y proyección oblicua
	Pinzamiento femoroacetabular (PFA)	Perfil de Ducroquet, artro-TC o artro-RM
	Lesión del rodete acetabular	Mejor artro-TC que artro-RM, artroscopia
	Condromatosis sinovial no calcificada	Artro-TC o artro-RM
	Sinovitis villonodular (infrecuente)	Artro-TC o artro-RM
	Capsulitis retráctil (infrecuente)	Artrografía con medición de la capacidad articular
2. Algunas semanas o meses	Osteonecrosis incipiente	RM
	Coxitis infecciosa	Punción y análisis del líquido sinovial
	Tendinobursitis trocantérea	Pruebas clínicas y ecografía, incluso RM
	Fractura por esfuerzo	Gammagrafía, después RM
	Algodistrofia	RM
	Tumor óseo primario o metástasis incipiente	Gammagrafía o RM de entrada
	Derrame en tensión articular o quístico	Ecografía o RM, punción

TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética; D: derecha; I: izquierda; AP: anteroposterior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349440>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349440>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)