



TRABAJANDO JUNTOS

Dolor atraumático de cadera en adulto joven



M. González Murillo*, V. Turcu, M.B. De Nicolás Navas y A. Yeguas Bermejo

Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Recibido el 7 de mayo de 2014; aceptado el 22 de julio de 2014

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Necrosis avascular
cadera;
Anemia
drepanocítica;
Adulto joven

KEYWORDS

Avascular necrosis
hip;
Sickle cell disease;
Young adult

Resumen El dolor de la cadera en el adulto joven es un proceso fisiopatológico incapacitante que puede estar en relación con múltiples etiologías. Es necesario conocer el proceso diagnóstico para conseguir un tratamiento y seguimiento adecuados. Presentamos el caso de una mujer de 29 años con anemia, dolor atraumático de cadera derecha y cojera de un mes de evolución. El diagnóstico diferencial se plantea con entidades infecciosas, reumatológicas, tumorales, necrosis avascular de cadera, choque femoroacetabular, displasia de cadera, coxartrosis y síndromes peritrocantéreos.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Atraumatic hip pain in young adults

Abstract Hip pain in the young adult is a disabling pathophysiological process may be related to multiple etiologies. The process must be determined in order to make a diagnosis and follow-up treatment. The case is presented of a 29 year old woman with anemia, atraumatic hip pain on the right side, and a limp of one month onset. The differential diagnosis includes infectious, rheumatological, tumor, avascular necrosis of hip, hip impingement, hip dysplasia, osteoarthritis and other syndromes.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor atraumático de la articulación coxofemoral se localiza habitualmente como dolor en la región inguinal. Puede clasificarse en 3 tipos: dolor referido, dolor irradiado y dolor local. Cada uno de ellos con diferentes etiologías.

Por ello, es necesario conocer la secuencia de diagnóstico diferencial (exploración física, maniobras específicas y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelgonzalezmurillo@gmail.com
(M. González Murillo).

diferentes pruebas complementarias) para hallar el origen del mismo y, ante ello, poder establecer un seguimiento y tratamiento adecuados.

Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 29 años de origen subsahariano que acude a urgencias con dolor en cadera y muslo derecho de un mes de evolución, sin antecedente traumático. Hemodinámicamente estable y afebril. No refiere clínica infecciosa reciente. Como antecedente personal de interés refiere anemia en tratamiento con hierro oral por su médico de familia y abortos de repetición.

En la exploración inicial se evidencia cojera a la deambulación, dolor a la palpación inguinal, dolor a la movilización de la cadera con flexión y rotación interna 10° y abducción de 15°; signo de Thomas positivo y signo de Drehmann positivo. En la cadera contralateral se observa mayor amplitud de movimiento sin dolor.

Resultados

Ante los hallazgos descritos se solicita radiografía AP de pelvis y axial de cadera derecha en la que se puede observar imagen anesférica de la cabeza femoral e incongruencia coxofemoral (fig. 1). Estos datos revelan osteonecrosis de la cabeza femoral derecha con colapso y cambios degenerativos acetabulares (estadio IV de Ficat).

Existe una amplia serie de etiologías que producen osteonecrosis¹, tales como, etilismo crónico, gota, embolia gaseosa, enfermedad de Gaucher, osteodistrofia renal, estados de hipercoagulabilidad, anemia de células falciformes, uso de corticoesteroides sistémicos y la etiología traumática. La referencia por parte de la paciente de estar en seguimiento por anemia, así como su origen subsahariano, motivó la información al servicio de hematología de guardia para la realización de estudio hematológico.

Solicitamos analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) en la que evidenció anemia (hemoglobina [Hb] 9,6 g/dl; Hto 29,5%) con distribución anchura de eritrocitos de 19,9% (valores normales: 11-14) con una función renal adecuada. En la extensión de sangre periférica se evidenció anisocitosis, eliptocitosis, hematíes falciformes y cuerpos de Howell-Jolly.

En el contexto de una crisis drepanocítica, la primera sospecha diagnóstica según los datos expuestos, es de osteonecrosis de cabeza femoral derecha y se realiza ingreso en observación para control del dolor, antibioterapia profiláctica, hidratación intensa y oxigenoterapia². A las 24 h se observa evolución clínica favorable, la paciente se mantiene afebril, con mejoría importante del dolor y estabilidad analítica. Se decide alta y seguidamente se realizan recomendaciones: no apoyar, caminar con muletas y seguimiento en consultas de traumatología y hematología con resultado de RMN pelvis-caderas, extensión de sangre periférica, *sickling test* y electroforesis de hemoglobina.

En la RMN de pelvis-caderas se observa alteración de la morfología de ambas cabezas femorales en relación con osteonecrosis muy evolucionada en el lado derecho. En la cabeza femoral izquierda existe un área de osteonecrosis de



Figura 1 Radiografía AP de pelvis y corte coronal secuencia T2 RMN de pelvis.

menor tamaño. Asimismo, se observa imágenes compatibles con infartos óseos en ambos trocánteres mayores (fig. 1).

El test de falciformación o *sickling test* resultó positivo y se puede observar el resultado de la electroforesis de hemoglobina en la figura 2.

Desde el punto de vista hematológico la paciente se mantuvo estable, sin necesidades transfusionales ni de inicio de tratamiento específico. Mantuvo niveles de Hb fetal compensatoria de hasta un 20%, sin nuevas crisis drepanocíticas hasta la actualidad.

Un año y medio tras el diagnóstico inicial se implantó una prótesis total de cadera derecha con evolución satisfactoria.

Discusión

La anemia falciforme es una enfermedad genética autosómica recesiva caracterizada por la presencia de Hb falciforme (HbS) en los eritrocitos. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por hemólisis y episodios intermitentes de oclusión vascular que causan isquemia tisular y disfunción orgánica aguda y crónica. El diagnóstico requiere demostrar HbS, A2 y F, con la HbS como única Hb variante.

La manifestación clínica más frecuente de la anemia drepanocítica es la afectación ósea. Entre las complicaciones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834637>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834637>

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