

CIUDAD SANITARIA 1.º DE OCTUBRE. MADRID

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Jefe: Profesor MUNUERA MARTÍNEZ

Osteonecrosis primitiva simultánea de cabeza femoral y humeral

A. LOPEZ ALONSO; F. NIEVA NAVARRO; A. CURTO DE LA MANO; R. OLAGUIBEL VALDES;
G. SIERRA ARREDONDO; I. USOZ IRAOLA; J. L. BARRUECO IZQUIERDO y R. VIÑA FERNANDEZ

RESUMEN

Presentamos un caso de afectación simultánea de necrosis cefálica primitiva femoral y humeral en un paciente varón de 42 años.

Si el carácter multifocal es estimativo en el caso de necrosis barotraumáticas y postcorticoideas, este hallazgo es raro en el grupo llamado idiopático o primario.

Descriptores: Necrosis idiopática de cabeza de fémur. Necrosis idiopática de cabeza de húmero. Necrosis idiopática de cabezas de fémur y de húmero.

SUMMARY

A new case of avascular necrosis of the head of the femur and humerus, simultaneously, is reported, in a male forty two years old.

Key words: Avascular necrosis of the head of the femur and the humerus.

Introducción

La necrosis isquémica llamada idiopática de la cabeza femoral como entidad aislada, se la está asociando a factores etiológicos diversos: alcoholismo, corticoterapia, (FISHER y BICKEL, 1971) (4), (SOLOMON, 1973), (10), (CRUESS, 1976) (3), (LÓPEZ ALONSO y MUNUERA MARTÍNEZ, 1980) (6), hiperuricemia, trastorno en el metabolismo intermediario de los lípidos, aumento del diámetro de los adipocitos de la cabeza femoral (WANG, 1976) (11), microembolización grasa (JONES y SAKOVICH, 1966) (5) y vasculitis.

La asociación a necrosis isquémica de otras localizaciones, es un hallazgo poco frecuente, y quizá la estadística más importante en este sentido es la aportada por CRUESS, 1976 (3), con 18 pacientes, en los que en 16 existía afectación simultánea de una cabeza humeral y una o dos cabezas femorales. El caso más externo y espectacular es el aportado por el propio CRUESS, 1976 (3), de un paciente con afectación de cabezas humerales, femorales, cóndilos femorales de ambos lados, superficies tibiales proximales calcáneo y *capitulum*.

En la serie del autor reseñado, el antecedente de corticoterapia estaba presente

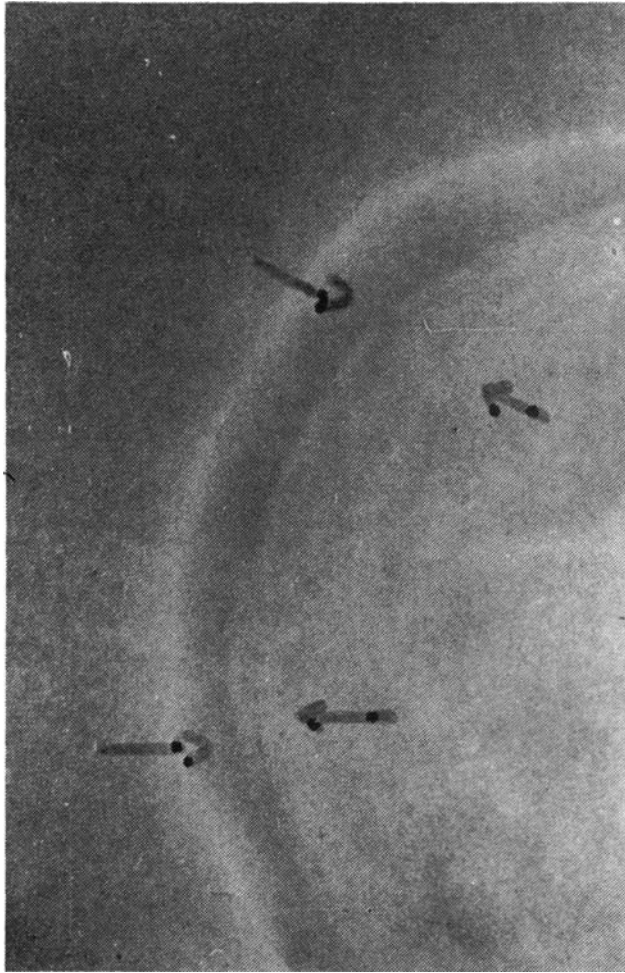


FIG. 1. — Rx. A/P de cabeza femoral. Signo de la imagen en "cáscara de huevo", típico de la osteonecrosis femoral.

en todos los casos, pues se trataba de enfermos cuya enfermedad de fondo requirió la administración de corticoides: homotrasplante renal; (8); lupus eritematoso (5), asma (2), glomerulonefritis (1) hipopituitarismo (1) y síndrome de Guillain-Barré (1).

En la literatura española VÁZQUEZ MANRIQUE, en 1966 (12), presentó un caso de osteonecrosis primitiva con afectación simultánea de ambas cabezas femorales y humerales.

El presente trabajo comunica un caso de paciente varón con afectación de cabeza femoral y humeral y ausencia de factores etiológicos conocidos en los antecedentes.

Descripción del caso

Paciente varón de 42 años, que acude a nuestras Consultas Externas con fecha de 25-4-1978, aquejando una historia clínica de un año de evolución de dolor en región inguinal izquierda con carácter espontáneo y que se exacerba con la deambulacion. Claudicación progresiva. Limitación de todos los

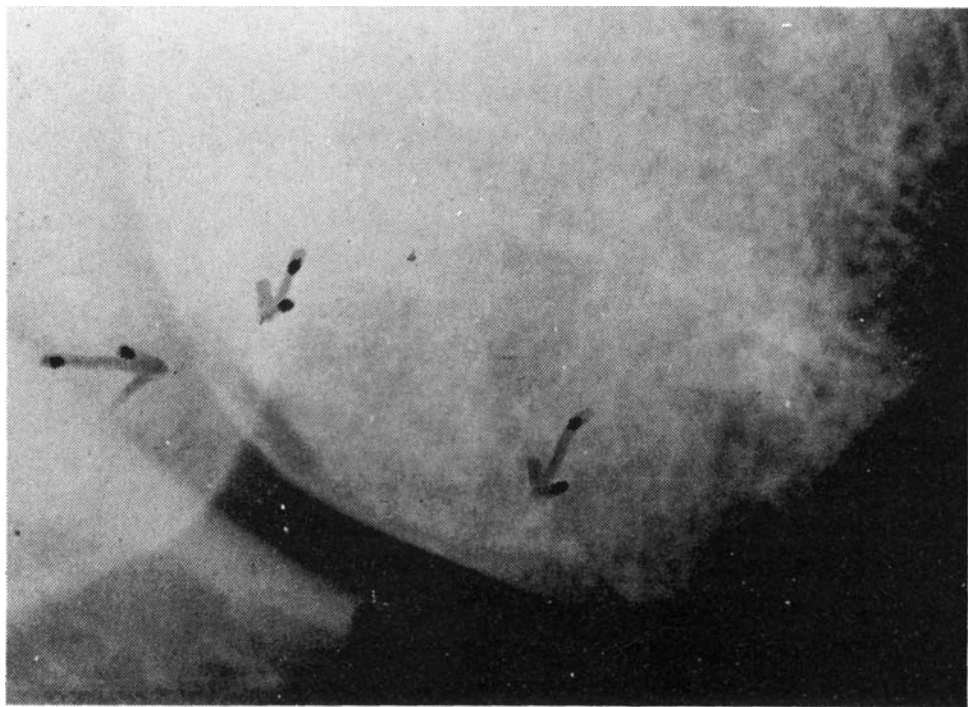


FIG. 2. — Rx. A/P de cabeza humeral. Signo de la imagen en "cáscara de huevo", del mismo paciente que el de la fig. 1.

movimientos de la cadera izquierda en unos 15° con conservación casi total de la flexión. Analítica: normal, incluyendo colesterol, triglicéridos, ácido úrico y estudio completo de la coagulación. Estudio radiológico: imagen de densidad radiológica en cuña a nivel de la cabeza femoral izquierda con moderado colapso cefálico.

Con fecha 30-6-1978, es intervenido practicándosele un injerto de apoyo transcervical a foco de necrosis según técnica de Phemister-Bonfiglio.

Después de un postoperatorio sin incidencias el paciente fue dado de alta hospitalaria siendo sometido a revisiones periódicas.

En una de estas últimas, el enfermo aquejó dolor espontáneo y al esfuerzo en el hombro derecho; realizado el estudio clínico, existía una limitación discreta de las rotaciones y una abducción en el 80 por 100 del recorrido. El estudio radiológico del hombro puso de manifiesto imágenes típicas de necrosis cefálica humeral.

La actitud terapéutica es sintomática y de controles periódicos en lo que hace referencia a patología del hombro, siendo la situación clínica de la cadera intervenida, buena.

Discusión

La necrosis isquémica llamada idiopática de la cabeza femoral, rara vez suele asociarse a necrosis de otra localización. Se cita hasta un 25 por 100 la bilateralidad de la lesión (LÓPEZ ALONSO y MUNUERA MARTÍNEZ) (6), pero en este grupo se incluyen todas las llamadas idiopáticas, en las que se cita en los antecedentes de los enfermos ciertos factores (alcoholismo, corticoterapia, etc.) que hacen que en realidad no sean tales.

En la enfermedad de los buceadores, a diferencia del grupo anterior, la lesión suele ser frecuentemente multifocal con lesiones de necrosis ósea a nivel de los extremos proximal del húmero y proximal y distal del fémur, como así lo acreditan las series de Mc CALLUM y WALDER, 1966 (8) y la de OHTA y MATSUNAGA, 1974 (9).

El mecanismo embolígeno en el mo-

mento de la descompresión rápida, con formación de burbujas de nitrógeno, explicaría la tendencia a la multifocalidad.

En la necrosis femoral que aparece en pacientes portadores de anemia de células falciformes, si bien es cierto que pueden existir lesiones óseas en diferentes partes del esqueleto la afectación de necrosis sólo lo hace a nivel de la cabeza femoral, y dentro del primer grupo de CHUNG y RALSTON, 1969 (2), ya que en el grupo dos y tres se incluyen lesiones que evocan a la osteocondritis disecante y a deformidades femorales graves respectivamente.

En la necrosis femoral postcorticoidea la estadística de afectación necrótica simultánea más importante es la presentada por CRUESÉ, 1976 (3), que da una serie de 95 pacientes, en 16 existía afectación de cabezas femorales y humerales (una o dos).

Estos pacientes recibieron altas dosis de corticoides porque la enfermedad de fondo así lo exigió: homotrasplante renal (8); lupus eritematoso (5); asma (2); glomerulonefritis (1); hipopituitarismo (1) y síndrome de Guillain-Barré (1).

En la enfermedad de Gaucher, ocurre como en la anemia de células falciformes, que existen lesiones óseas múltiples con ensanchamiento a nivel diafiso-metafisario, insuflación de la cortical ósea (AMSTUTZ y CAREY, 1966) (1), pero las lesiones de necrosis asientan a nivel de la cabeza femoral.

En pacientes con lupus eritematoso disseminado y en aquéllos sometidos a trasplante renal, en ocasiones se citan casos (MAGNAIRE, 1957) de simultaneidad de la lesión cuestionándose en estos casos, si las lesiones están provocadas por la medicación corticoidea, o como señala el propio MAGNAIRE se relaciona con fenómenos inmunológicos y muy presumiblemente por la formación de autoanticuerpos.

En síntesis, si hacemos abstracción de

las necrosis cefálicas barotraumáticas y postcorticoideas en las que el índice de simultaneidad de la lesión es significativo, en el resto de necrosis cefálicas secundarias y en el grupo cada vez menor —pues se están descubriendo las causas— de las llamadas primarias o idiopáticas, la simultaneidad de lesiones necróticas debe considerarse como una circunstancia rara.

En el caso comunicado, una vez investigados los antecedentes del enfermo, ante la ausencia de factores etiológicos conocidos, ha quedado incluido en el grupo de

necrosis primaria simultánea de cabeza femoral y humeral.

Resumen

Presentamos un caso de afectación simultánea de necrosis cefálica primitiva femoral y humeral, en un paciente varón de 42 años.

Si el carácter multifocal es estimativo en el caso de necrosis barotraumáticas y postcorticoideas; este hallazgo es raro en el grupo llamado idiopático o primario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ANSTUTZ, H. C. y CAREY, E. J. (1966): Skeletal manifestations and treatment of Gaucher's disease. *J. Bone Jt. Surgery*, 48-A, 670.
- 2 CHUNG, S. M. y RALSTON, E. L. (1969): Necrosis of the femoral head associated with sickle-cell anemia and its genetic variants. *J. Bone Jt. Surg.*, 51-A, 33-58.
- 3 CRUICKSHANK, R. L. (1976): Steroid induced avascular necrosis of the head of the humerus. *J. Bone Jt. Surgery*, 58-B, 313-317.
- 4 FISHER, D. E. y BICKEL, W. H. (1971): Corticosteroid-induced avascular necrosis. *J. Bone Jt. Surgery*, 53-A, 859-873.
- 5 JONES, J. P. y SAKOVICH, L. (1966): Fat embolism of bone. *J. Bone Jt. Surg.*, 48-A, 149-164.
- 6 LÓPEZ ALONSO, A. y MUNUERA MARTÍNEZ, L. (1980): Observaciones sobre el mecanismo de interrupción vascular en las necrosis isquémicas idiopáticas de la cabeza femoral del adulto. En prensa.
- 7 LÓPEZ ALONSO, A. y MUNUERA MARTÍNEZ, L. (1980): Observaciones sobre la génesis de la necrosis femoral postcorticoidea. Estudio experimental. En prensa.
- 8 MC CALLUM, R. I. y WALDER, D. N. (1966): Bone lesions in compressed air workers. *J. Bone Jt. Surg.*, 48-B, 207.
- 9 OHTA y HATSUNAGA, H. (1974): Bone lesions in divers. *J. Bone Jt. Surg.*, 56-B, 3.
- 10 SOLOMON, L. (1973): Drug-induced arthropathy and necrosis of the femoral head. *J. Bone Jt. Surgery*, 55-B, 246-261.
- 11 WANG, G. J.; DONALD, E. S. y REGER, S. I. (1977): Fat-cell changes as a mechanism of avascular necrosis of the femoral head in cortisone-treated rabbits. *J. Bone Jt. Surgery*, 59-A, 729-735.
- 12 VÁZQUEZ MANRIQUE, J. (1966): Osteonecrosis primitiva con afectación simultánea de ambas cabezas femorales y humerales. Vol. 10-IB, 3.º, 607.