

Resolución del caso

Ricardo Trueba

*Departamento de Resonancia y Tomografía Computada, Grupo Médico Rostagno,
Diagnóstico por Imágenes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

Presentación del caso en la página 3.

DIAGNÓSTICO: OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE LA CADERA.

DISCUSIÓN

La osteoporosis transitoria de la cadera, también conocida como síndrome de edema de médula ósea (transitorio) de cadera, es una entidad clínica autolimitada de causa desconocida, aunque es casi seguro que existe una base vascular y una posible hiperactividad del sistema simpático. Hay cierta controversia sobre si la osteoporosis transitoria de la cadera representa una etapa muy temprana y reversible de necrosis avascular o si es secundaria a fracturas por insuficiencia subcondral.

Aunque inicialmente se describió durante el tercer trimestre del embarazo, la osteoporosis transitoria de la cadera tiende a afectar a hombres de mediana edad (40-55 años) con una relación hombre:mujer de 3:1. Suele comprometer solo una cadera a la vez. Es posible la recurrencia en la misma cadera. Se la ha descrito en pacientes con déficit de vitamina D, de testosterona, hipertiroidismo, hiperfostatemia, medicación con corticoides, enfermedades vasculares u osteogénesis imperfecta.

Los pacientes suelen presentarse con dolor de cadera de inicio espontáneo, generalmente progresivo durante varias semanas. No suelen tener factores de riesgo de necrosis avascular y no pasan a formar necrosis avascular.

En algunos casos, puede haber cambios similares en la cadera opuesta o en otras articulaciones; estos casos deben denominarse osteoporosis migratoria regional.

Una fractura por insuficiencia es una posible complicación.

Esta enfermedad tiene tres fases: la primera de edema del tejido óseo que coincide con el dolor agudo de la articulación; la segunda corresponde a la reabsorción de dicho tejido y la última, a su recuperación, lo que aclara la característica autolimitada de este cuadro.

En cuanto a los hallazgos en los estudios por imágenes, las radiografías simples, en general, son normales al principio, pero suelen mostrar anomalías entre las semanas 4 y 8 después de la aparición de los síntomas. Al igual que en la tomografía computarizada, los hallazgos incluyen:

- pérdida cortical subcondral que afecta la cabeza y el cuello femorales: prácticamente patognomónica,
- a menudo, osteopenia profunda de la región de la cabeza y el cuello femorales,
- un posible derrame articular,
- espacio articular siempre conservado.

La resonancia magnética revela un patrón de edema de la médula ósea que afecta la cabeza y el cuello del fémur e, incluso, la región intertrocanterica:

T1: disminución de la señal con pérdida de la señal normal de la médula grasa.

T2: señal alta, a menudo, heterogénea.

Por lo general, la gammagrafía esquelética muestra una captación homogénea notablemente aumentada en la cabeza femoral; un hallazgo que se observa mucho antes de que se visualice la osteopenia en las radiografías simples.

Dr. RICARDO TRUEBA • ricardotrueba@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-7908-817X>

Cómo citar este artículo: Trueba R. Instrucción Ortopédica de Posgrado – Imágenes. Resolución del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2021;86(1):130-132. <https://dx.doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2021.86.1.1297>

Diagnóstico diferencial

Las consideraciones generales sobre el diagnóstico diferencial en las imágenes incluyen: necrosis avascular, que se caracteriza por baja señal subcondral en las secuencias T2 o T1 en forma de semiluna (Figura 4); fractura por estrés, ya sea por sobrecarga frecuente en deportistas, compromete principalmente el cuello femoral (calcar) o por insuficiencia con mayor compromiso subcondral en la cabeza femoral (Figuras 5 y 6); artritis séptica, derrame articular con sinovitis y edema óseo tanto en el fémur como en el acetábulo.

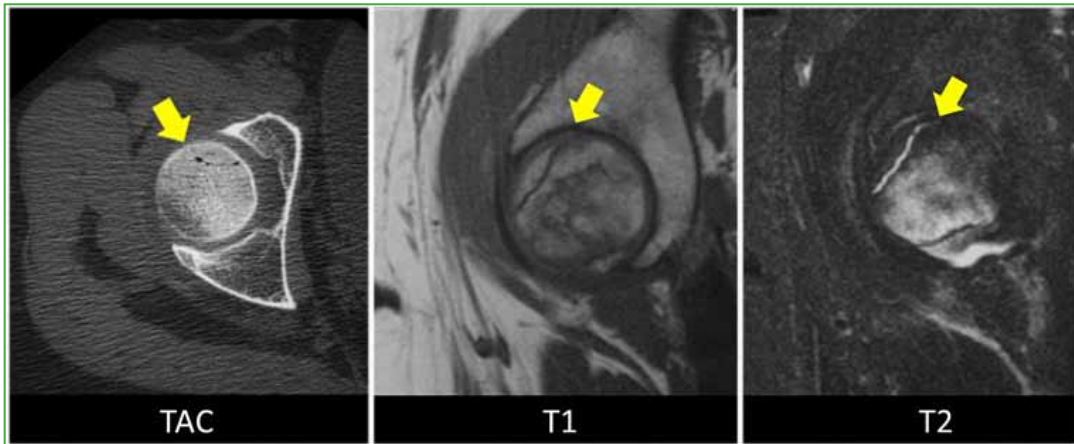


Figura 4. A. Tomografía computarizada con imagen lineal en forma de semiluna a nivel subcondral delimitando la zona de necrosis avascular. **B y C.** Resonancia magnética en secuencias T2 y T1, corte sagital. Se observa la misma imagen lineal en la cabeza femoral derecha que muestra aumento de señal y se acompaña de edema óseo.



Figura 5. Resonancia magnética en secuencias T2, cortes coronal y sagital (centro), y T1, corte coronal. Pequeño trazo de fractura cortical en el cuello femoral a nivel del calcar acompañado de edema óseo sugestivo de una fractura por sobrecarga en un paciente maratonista.



Figura 6. Resonancia magnética en secuencias T2 y T1, corte coronal. El sector subcondral periférico de la cabeza femoral derecha muestra alta señal en secuencia T2, sugestivo de edema óseo compatible con una fractura por insuficiencia en una paciente con osteopenia.