

CASO CLÍNICO Nº 31 (SCLECARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 85 años de edad, con hipoacusia, cardiopatía isquémica y fractura de la pelvis 7 años antes, que refiere dolor mecánico en las rodillas y caderas, sobre todo de la rodilla derecha, que la limita y hace caminar con dos bastones. A la exploración física se observaba genu varo bilateral, con rodillas globulosas y dolor y chasquidos a la movilidad (figuras 1 y 2). Es estudio radiográfico simple de la paciente se presenta en las figuras 3 a 6.



Figuras 1 y 2

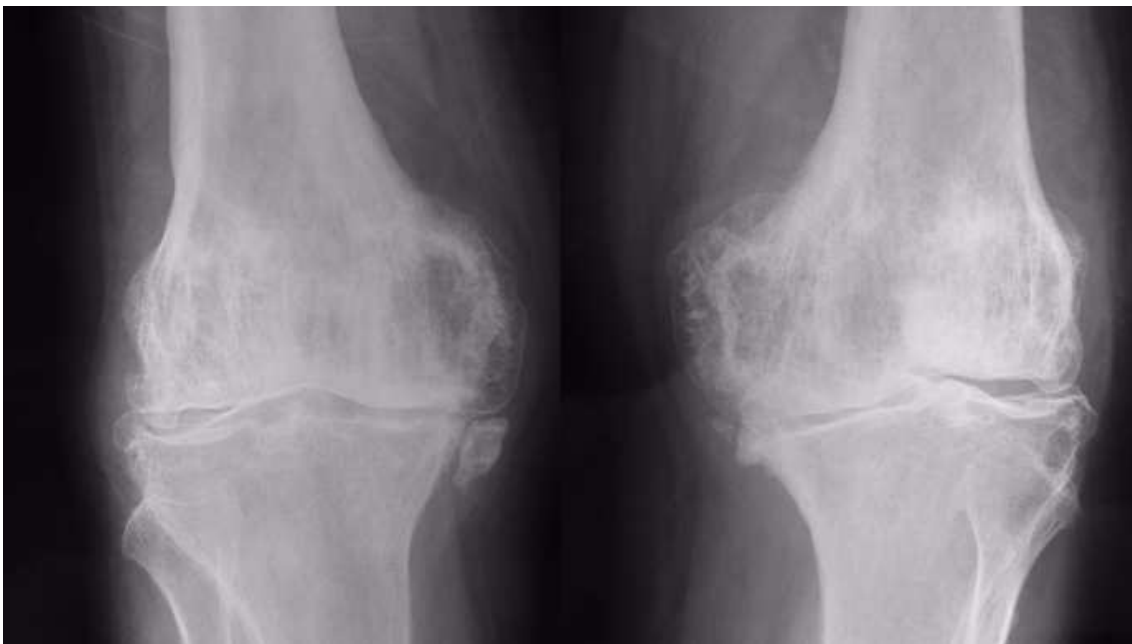


Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

DIAGNÓSTICO

Gonartrosis sobre osteopatía de Paget del fémur (artropatía pagética)

TRATAMIENTO Y RESULTADO

Se indicó tratamiento conservador, descartándose el quirúrgico, y seguimiento por Reumatología y su médico de Atención Primaria.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget ósea es un trastorno focal de causa desconocida caracterizado inicialmente por una excesiva reabsorción de hueso y posteriormente por una excesiva formación que termina en un patrón óseo "en mosaico", asociado con un aumento de la vascularización local e incremento del tejido fibroso en la médula ósea adyacente. Sin entrar en otras características epidemiológicas de la enfermedad, como tampoco entraremos en su etiopatogenia, puede ser monostótica o, más frecuentemente, poliestótica, dependiendo del número de huesos afectados. En estos casos suelen participar en la enfermedad la pelvis, la columna vertebral, el cráneo, y los grandes huesos largos de los miembros. El caso de esta semana es una enfermedad de Paget poliestótica, como demuestran las imágenes radiográficas de la pelvis, fémur y rodillas.

En el contexto de la enfermedad de Paget, las artropatías son complicaciones relativamente frecuentes. La articulación más afectada es la cadera, a la que siguen la rodilla y la columna vertebral. Como quiera que la enfermedad se detiene en los límites del hueso, respetando el cartílago articular y los huesos adyacentes, la artrosis sería secundaria y no propiamente debida a la enfermedad pagética.

El tratamiento de una artropatía pagética podría ser quirúrgico, si la sintomatología y el estudio radiográfico lo justificara después de haber fracasado el tratamiento conservador. En todos los casos, no obstante, antes de recomendar aquél hay que valorarlo con detenimiento y explicar al paciente las dificultades añadidas al procedimiento. Entre estas, en el caso de considerar la implantación de una artroplastia, hay que tener en cuenta fundamentalmente el mayor sangrado del hueso y la deformidad del mismo, que puede hacer muy difícil la colocación del implante en una posición correcta y fracturas intraoperatorias. Siempre, cuando se trate de una intervención quirúrgica programada, debe intentarse disminuir la actividad de la enfermedad mediante el oportuno tratamiento médico desde varios meses antes de la cirugía y hasta varios después, para reducir la tendencia a la hemorragia del hueso pagético. De cualquier forma, no parece que exista mayor riesgo de movilización del implante, que suele preferirse cementado.

En la paciente que nos ocupa, la enfermedad de Paget basal fue una circunstancia añadida para evitar la artroplastia teniendo en cuenta la vascularización ósea aumentada por la hiperplasia e hipertrofia de los vasos, lo que supone un aumento del flujo, sobre todo en las formas poliestóticas con afectación de más del 30% del esqueleto, que podría producir una insuficiencia cardíaca de predominio derecho con gasto cardíaco elevado y descompensar a la paciente, con una cardiopatía isquémica añadida. El hecho del carácter poliestótico de la enfermedad, con otras artropatías sintomáticas nos reafirmó en la decisión.

BIBLIOGRAFÍA

Davidson D, Pike J, Garbuz D, Duncan CP, Masri BA. Intraoperative periprosthetic fractures during total hip arthroplasty. Evaluation and management. J Bone Joint Surg Am 2008;90(9):2000-12.

Gabel GT, Rand JA, Sim FH. Total knee arthroplasty for osteoarthritis in patients who have Paget disease of bone at the knee. J Bone Joint Surg Am 1991 ;73(5):739-44.

Rollón MV, Rodríguez I, Ribera JM. Enfermedad de Paget: ¿cómo sospecharla y tratarla?. Jano 1996;LI:1188: 45-50.

Valverde J, Del Blanco J. Enfermedad de Paget. En Enfermedades óseas metabólicas (Ed. D. Roig), Tomo II, J.R. Prous Editores, Barcelona, 1992:265-284.