

Necrosis aséptica de cadera. Descompresión de la cabeza femoral

Dr. SALOMÓN GLIKSTEIN*

Resumen: Se presentan 12 pacientes con 13 caderas correspondientes al período inicial de la necrosis aséptica de la cabeza femoral. Son 8 hombres y 4 mujeres entre 32 y 50 años con una media de 47 años. En 5 son bilaterales, 4 con evolución asimétrica y en uno ambas caderas del primer período. Corresponden 8 caderas al primer período y 5 al segundo. Desde el punto de vista etiológico 6 pacientes con antecedentes de cortisonismo prolongado, 3 con alcoholismo crónico, un postluxación traumática y dos sin antecedentes.

Técnicamente se actuó con el doble enfoque: la descompresión vascular mediante forages múltiples de la cabeza femoral y el tratamiento del factor contractura muscular con la tenotomía de los aductores, de la porción directa del recto anterior, de la porción tendinosa del psoas ilíaco y la capsulotomía articular.

Para evaluar los resultados se considera: bueno, la no progresión de la necrosis, ausencia de dolor y conservación de la movilidad; regular, la progresión de la necrosis, sin dolor y con buena movilidad; malo, la evolución natural de la necrosis con dolor y limitación funcional.

Siguiendo este criterio, y con una evolución controlada en un período mínimo

de 3 años y un máximo de 10, se obtuvieron los siguientes resultados: en 8 caderas del primer período, 7 buenos y uno regular; en 5 caderas del segundo período, 4 regulares y uno malo.

Como conclusión hoy es posible el diagnóstico precoz con la ayuda de la tomografía axial computada y la resonancia magnética. Los resultados óptimos se obtienen en la etapa inicial.

Resumen: We present the results of treatment in 13 hips with first or second stage of avascular necrosis. The series includes 8 males and 4 females with an average age of 47 years (range 30 to 52). The disease was bilateral in 5 patients and in 4 of them the stage of involvement of the hips was different.

Six patients had steroid induced necrosis, 3 were alcohol induced, 2 cases were idiopathic and one secondary to previous dislocation.

Surgical treatment included core decompression, tenotomy of adductors and iliopsoas and capsulotomy.

After a minimal follow-up of 3 years, 8 hips with first stage involvement had 7 good and 1 fair result, whereas 5 hips with stage 2 lesions had 4 fair and one poor result.

Diagnosis can be improved with CAT and MRI and thus lead to early treatment and improved results.

* II Cátedra de Ortopedia y Traumatología, Facultad de Medicina de Rosario, Provincia de Santa Fe.

El objetivo de esta comunicación es traer a la consideración de los consocios la experiencia realizada en el tratamiento de la necrosis aséptica de la cabeza del fémur en los períodos iniciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro material de la II Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina de Rosario y de la práctica privada comprende 12 pacientes con 13 caderas afectadas estudiadas en los últimos 10 años. Se trata de 8 hombres y 4 mujeres cuya edad oscila entre los 32 y 50 años con una media de 47 años. En 5 casos la incidencia es bilateral (40%). La modalidad evolutiva ha sido asimétrica en 4 pacientes, con una sola cadera en período inicial y en un caso ambas caderas de comienzo. Corresponden al primer período, o prerradiológico de Ficat, 8 caderas, y al segundo período 5 caderas.

Desde el punto de vista etiológico 6 pacientes tienen antecedentes de cortisonismo prolongado, 3 con alcoholismo crónico, uno postluxación traumática y dos sin causa previa detectable.

Técnica

Técnicamente se actuó con un doble enfoque:
a) la descompresión vascular de la cabeza femoral

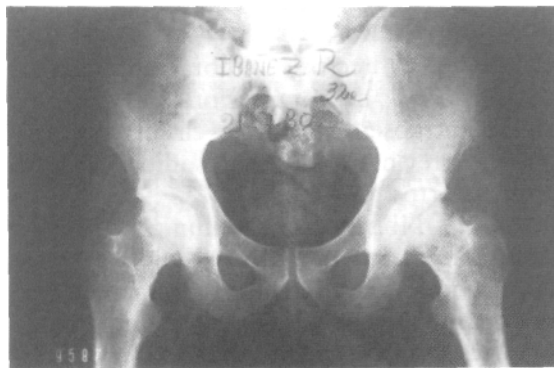


Fig. 1. Rubén T., 32 años, con antecedente de cortisonismo por alergia bronquial. Tiene dolor y movilidad limitada en ambas caderas. Radiografías: en período 1, lado izquierdo, y 2 en el derecho. Se opera el 27/1/80. Se efectúa forages múltiples, biopsia ósea y descompresión muscular. En ambos lados la anatomía patológica evidenció una necrosis aséptica.

con perforaciones (forages) múltiples; b) la reducción de la contractura muscular mediante la tenotomía del psoas ilíaco, con capsulotomía anterior.

Los forages se realizan en forma transtrocanterca con control radiológico. Con una trefina se tomó material para biopsia de la zona afectada; en todos los casos se comprobó la necrosis por examen histopatológico.

En el postoperatorio se evitó la carga durante 8 semanas.



Fig. 2. Evolución a los 10 años conservando indemne la cadera izquierda; en la cadera derecha hay deformación. Paciente que sigue en el mismo estado actual radiológico, sin dolor y con buena movilidad.



Fig. 3. Angela F., 45 años. Sin antecedente de importancia. Dolor y contractura en la cadera derecha. Radiografía en lado 2. Se operó el 4/2/82, efectuando forages, biopsia y descompresión muscular. Tuvo un período de 6 años sin dolor y con buena movilidad. Luego evolucionó a la artrosis con un quiste cefálico, como se observa en la tomografía.

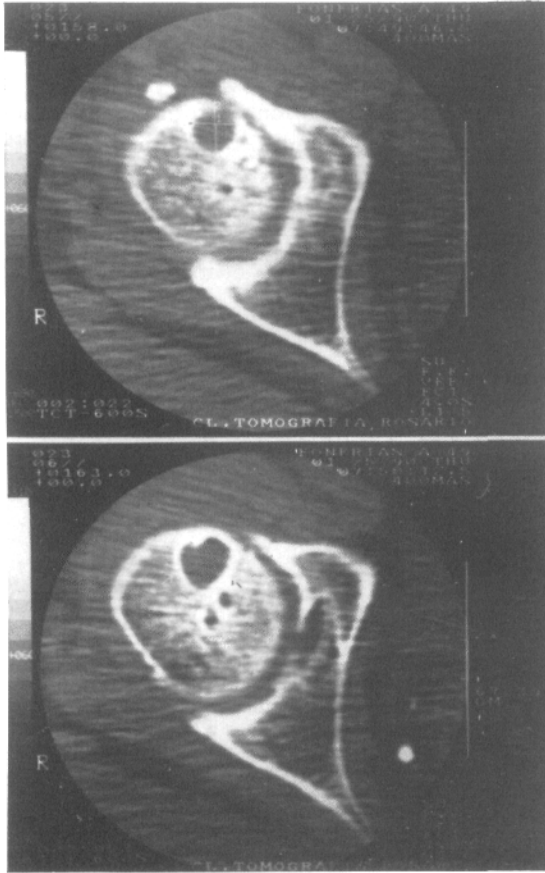


Fig. 4. Artroplastia con prótesis total.

RESULTADOS

Para la evaluación de los resultados consideramos:

Bueno, la no progresión de la necrosis, desaparición del dolor y conservación de la movilidad.

Regular, la progresión de la necrosis, sin dolor y con buena movilidad.

Malo, la evolución natural de la necrosis con dolor y limitación funcional.

Siguiendo este criterio, y con una evolución controlada en un período mínimo de 3 años y máximo de 10, se obtuvieron los siguientes resultados: en 8 caderas del primer período, 7 buenos, 1 regular; en 5 caderas del segundo período, 4 regular, 1 malo.

En este último la cadera estuvo sin dolor el tratamiento del factor contractura muscular, revelada por la limitación de los movimientos. En lugar de ser una acción de defensa, la contractura muscular aumenta

casi 6 meses, luego evolucionó del modo habitual hacia la artrosis, requiriendo al cabo de dos años el reemplazo protésico.

DISCUSION

El avance tecnológico permite, actualmente, llegar al diagnóstico de la necrosis aséptica de la cadera en su etapa inicial. El período prerradiológico de Ficat, en que se requería el FEB (*functional exploration of bone*) (exploración funcional del hueso) con la investigación de la presión intraósea, la saturación de oxígeno, la venografía intramedular, ha sido totalmente superado. La centellografía da una sensibilidad del 80 %; la tomografía computada y la resonancia magnética dan una sensibilidad del 100 % en el período inicial.

La punción biopsia con control tomográfico facilita el diagnóstico.

Realizado el diagnóstico precoz, se plantea el tratamiento a seguir.

Desde los trabajos de Ficat y Arlet³ se observó que la biopsia determinaba la desaparición del dolor y la detención del proceso. Sostuvieron que la presión intraósea es el causante patogénico básico que explicaría la progresión de la necrosis de la cabeza femoral. La hipertensión determina una estasis venosa intramedular, a la que siguen episodios isquémicos.

Ficat y Hungerford comunicaron una serie importante de pacientes en que la descompresión central fue la terapéutica elegida en la necrosis femoral antes de su colapso. La descompresión del sistema rígido intraóseo mejora la circulación sanguínea previniendo los episodios isquémicos e infartos progresivos.

En la bibliografía comunican buenos resultados Baks¹ y Ficat⁵ (1984); en cambio Camp y Calvell² (1986) concluyen que el método no es efectivo, con morbilidad significativa por la complicación fracturaria. Arlet (1992), con una experiencia de treinta años, recomienda la descompresión central en la necrosis aséptica, más aún en la actualidad, favorecida por un precoz diagnóstico por imágenes.

A la descompresión central le asociamos la presión a nivel articular, similar a lo que acontece en otras afecciones.

Nuestra experiencia cuenta con un número no muy importante de tratamiento

en el período inicial. Debemos reconocer que la mayoría de los pacientes vienen en períodos avanzados, en más de un 70%. En consecuencia, hacemos énfasis en la necesidad de un diagnóstico precoz, hoy facilitado por la tomografía y la resonancia magnética.

Los resultados obtenidos en esta etapa inicial nos alientan a continuar con esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

1. Baksl DP: Traitement de la necrose pos-traumatique avasculaire de la tete fémorale par forage multipli et graffe musculo-osseuse pediculé. *Rev Chirur Orthop (Suppl 3)*, 1984.
2. Camp HF, Calvell P: Core decompression of the femoral head for osteonecrosis. *JBJS 68-A (9)*: 1313-1319, 1986.
3. Ficat P, Arlet J: Stade pre-radiologique de l'osteonecrose femoro-capitale. Possibilités diagnostiques et therapeutiques. Symposium sur les necroses idiopathiques de la tete fémorale. XLVII Reunión Annuelle de la SOFCOT (Suppl 1): 26-38, 1973.
4. Ficat P: Premier Symposium International sur la Circulation Osseuse, 8: 701-704, 1973.
5. Ficat RP: Idiopathic necrosis of the femoral head. *JBJS*, 678, 1985.
6. Glimcher MG: The biology of osteonecrosis of the human femoral head and its clinical implications. *Clinic Orthop* 139: 283-312, 1979a.
7. Glimcher MJ: Osteonecrosis of femoral head: Etiology and genesis of the pathological sequelles: comments and treatment. *Clinic Orthop* 140: 273-312, 1979.
8. Hauzeur JP: Diagnosis of aseptic osteonecrosis of the femoral head by percutaneous transtrochanteric needle biopsy. *Clin Rheumat* 5: 346-358, 1986.
9. Lee CK: The "silent hip" of idiopathic ischemic necrosis of the femoral head in adults. *JBJS 62-A*: 795-800, 1980.
10. Mallet T, Dunoyer J, Leboutet MJ et al: Etendue de la necrose idiopathique de la tete fémorale. Appreciation par la tomodensitometrie numerisée. *Revue Chir Orthop* 74: 218-22, 1988.
11. Marcus ND, Enneking WF: The silent hip in idiopathic aseptic necrosis. Treatment by bone-graffing. *JBJS 55-A*: 1351-1366, 1973.
12. Merle D'Aubigné R: Idiopathic necrosis of the femoral heads in adults. *JBJS 47-B*: 612-633, 1965.
13. Pittet LR, Coulomb M, Faure C, Butel J: Evaluation preoperatoire de l'etendue de la necrose de la tete fémorale. Comparision tomodensitometrie/imagerie pas resonance magnetique. *Rev Chir Orthop* 74: 206-208, 1988.
14. Saito W: Intramedullary hemorrhage as a possible cause of avascular necrosis of the femoral head. The hystology of 16 femoral heads at the silent stage. *JBJS 69-B (3)*: 346-351, 1987.
15. Steinberg ME: Early results in the treatment of avascular necrosis of the femoral head with electrical stimulation. *Orthop Clin North Am* 15: 163-175, 1984.