

<b>Caso</b>	(364) Artropatía Destructiva De Cadera De Rápida Evolución	
<b>Autores</b>		Ana Llamas Alvarez, Julia Oliva Lozano, Pablo Menéndez Fernández-miranda, Rosa Landeras Álvaro, M <sup>a</sup> Rosario García-barredo Pérez, Carmen González-carrero Sixto.
<b>Centro</b>		Hospital General De Alicante / Hospital Marqués De Valdecilla

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 78 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor inguinal derecho intenso e impotencia funcional progresiva de tres semanas de evolución. A la exploración presenta tumefacción local leve, está afebril, no hay signos sistémicos de infección y en la analítica sanguínea destaca únicamente una PCR moderadamente elevada (6,6 mg/dl).

Se realizó radiografía simple, ecografía y TC de cadera en los que se observa destrucción y fragmentación de la cabeza femoral derecha (no presente en radiografía realizada tres semanas antes que mostraba moderado pinzamiento articular sin osteofitos relevantes), así como ensanchamiento del espacio articular con derrame en comunicación con la bursa del iliopsoas y presencia de debris óseos en su interior. Se completó con RM en la que se observan signos de sinovitis, edema óseo en cuello femoral y acetábulo y distensión de la bursa del iliopsoas, con contenido heterogéneo y realce liso de la pared tras administración de contraste.

Se drenó percutáneamente la articulación con control ecográfico y se remitieron muestras para cultivo (negativos) y análisis de cristales (ausentes).

El paciente recibió tratamiento antibiótico empírico desde el inicio y se le realizó desbridamiento quirúrgico e implante posterior de espaciador y prótesis con buena respuesta.

## DISCUSIÓN

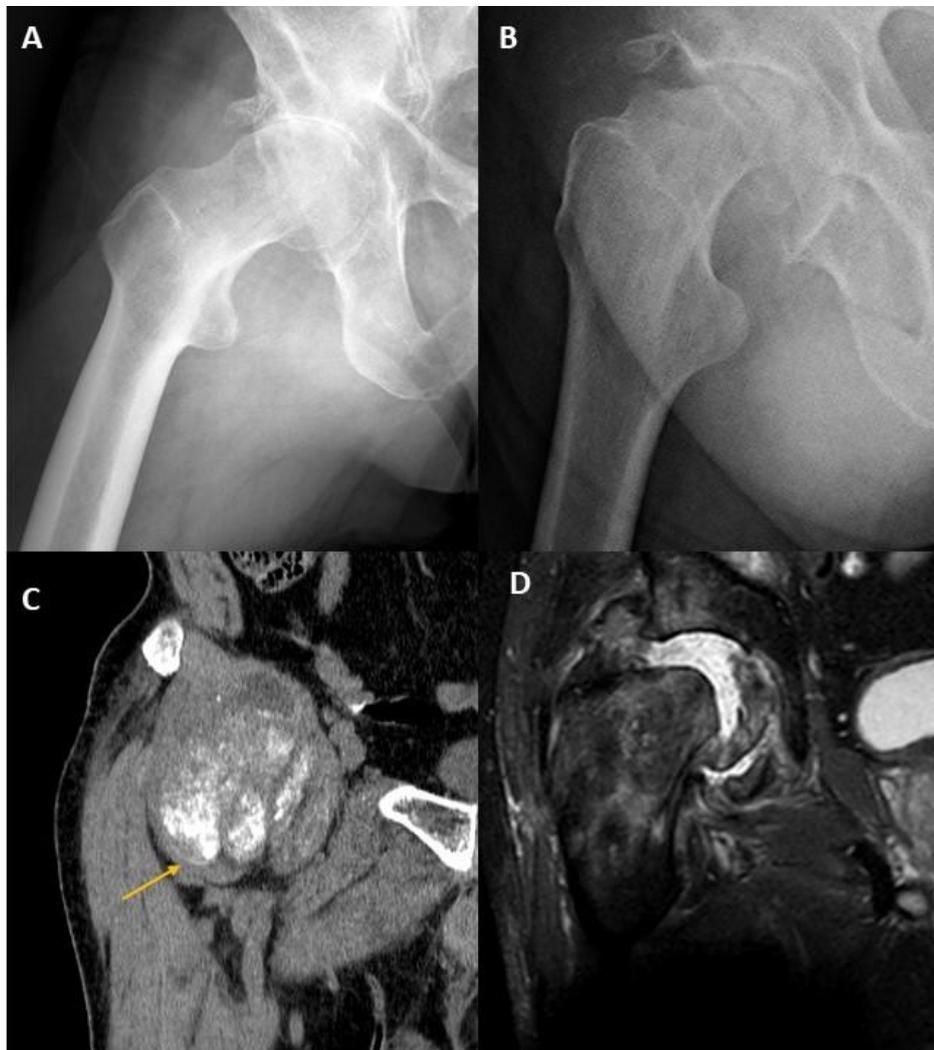
En pacientes con dolor intenso de cadera y rápida progresión radiológica de cambios destructivos articulares es fundamental un abordaje precoz. Se debe plantear como diagnóstico diferencial la artritis séptica, artritis inflamatoria, osteonecrosis y artropatía neuropática. Nuestro paciente no presentaba datos clínicos ni analíticos de infección, ni patologías o tratamientos previos que pudieran apoyar las entidades propuestas en el diagnóstico diferencial. La TC mostraba el acetábulo conservado y márgenes lisos en el cuello femoral, con restos óseos en el espacio articular, inconsistentes con un proceso infeccioso. No se objetivaban tampoco osteofitos significativos. Por todo ello se consideró una coxartrosis rápidamente destructiva (CRD) como diagnóstico de exclusión.

La CRD es una entidad poco frecuente que afecta a pacientes en torno a la 7<sup>a</sup> década de la vida, en la que se produce una gran destrucción de la articulación coxofemoral a las pocas semanas de iniciarse la sintomatología y que cursa con dolor intenso e importante incapacidad funcional. Esta afección suele ser unilateral y radiológicamente se define como un estrechamiento progresivo del espacio articular mayor de 2 mm por año con cambios hipotróficos (a diferencia de la

artrosis convencional) y evolución a destrucción articular sin otras causas que la justifiquen. Suele cursar con elevación de reactantes de fase aguda y ausencia de otras alteraciones analíticas o microbiológicas. Aunque se barajan varias hipótesis sobre su origen y patogenia, éstas continúan siendo desconocidas en la actualidad. El tratamiento de la misma es la artroplastia total de cadera, con resultados similares a la artrosis de origen degenerativo.

## CONCLUSIÓN

En casos de artritis destructiva de evolución rápida es fundamental valorar el diagnóstico diferencial de distintas entidades, principalmente la artritis séptica debido a la importancia de un tratamiento antibiótico precoz. La artrosis rápidamente progresiva es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida, cuyo diagnóstico es por exclusión y afecta fundamentalmente a la articulación de la cadera.



*Imágenes extraídas del estudio radiológico de la cadera derecha. Radiografías simples en proyección AP A) realizada tres semanas antes, en la que se observa moderado pinzamiento articular y B) realizada en el momento de su consulta en Urgencias, en la que se aprecia destrucción y fragmentación de la cabeza femoral. C) TC sin contraste intravenoso en reconstrucción coronal, se identifica derrame articular con debris óseos (flecha). D) RM coronal T2 con saturación grasa: se observa fragmentación de la cabeza femoral, edema óseo en cuello femoral y acetábulo y derrame articular con contenido heterogéneo.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Bountry N, Paul C, Leroy X, Fredoux D, Migaud H, Cotten A. Rapidly Destructive Osteoarthritis of the Hip: MR Imaging Findings. AJR Am J Roentgenol 2002; 179: 657-663. DOI: 10.2214/ajr.179.3.1790657
- Bock GW, Garcia A, Weisman MH, et al. Rapidly destructive hip disease: clinical and imaging abnormalities. Radiology 1993;186:461-6
- Arbelo A, Torre MD, Rúa-Figueroa I, Rodríguez C. Coxartrosis rápidamente destructiva. Presentación de dos casos y revisión bibliográfica. Rev Esp Reumatol 2003; 30:348-51
- Matsunaga F, De Vita R. R, Young P. C. Rapidly destructive osteoarthritis of the hip. Intern Emerg Med 2021; 16, 497-499.