

Osteoartritis rápidamente

progresiva/destructiva de cadera,

¿entidad en auge o poco reconocida?

Luis Barberá López¹, Alberto Benito Ysamat², Francisco Martínez Saco¹, María José García Ortega², María José Tienda Flores², Dennis Dunlop³, Miguel Ángel Barneto Escribano²

¹Hospital Infanta Margarita, Cabra; ²Hospital Reina Sofía, Córdoba; ³Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, Pozoblanco

OBJETIVO DOCENTE

- Describir los hallazgos radiológicos de la osteoartritis rápidamente progresiva/destructiva y valorar su incidencia.
- Repasar su amplio diagnóstico diferencial.

REVISIÓN DEL TEMA

OSTEOARTRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA/DESTRUCTIVA DE CADERA

- Variante inusual de artrosis, de etiología desconocida.
- Escasos estudios publicados.
- Factores de riesgo: estrés mecánico, degeneración del cartílago y respuesta ósea.
- Mas frecuente en mujeres de edad avanzada.
- Dolor y limitación funcional.
- Unilateral (80 %)
- Curso evolutivo: rápida destrucción de la articulación no atribuible a otras causas.
- Histopatología: focos de necrosis y trabéculas óseas inmaduras con crecimiento osteoblástico. No inflamatorio/tumoral.
- Tratamiento: prótesis total de cadera + rehabilitación.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

- **Radiografía normal o cambios artrósicos leves:**

FASE INICIAL

- Pérdida cartílago.
- Estrechamiento espacio articular.
- Quistes subcondrales.
- Esclerosis subcondral.
- Ausencia osteofitos o pequeños.

6 meses/1 año

- **Etapa destructiva:**

- Edema óseo difuso.
- Derrame articular/sinovitis.
- Aplanamiento cabeza femoral.
- Extensa osteolisis.
- Fragmentación ósea.
- Deformidad articular (subluxación)

FASE FINAL

**RÁPIDA DESTRUCCIÓN DE LA ARTICULACIÓN NO
ATRIBUIBLE A OTRAS CAUSAS**

NUESTRA EXPERIENCIA

- Tres casos recientes (entre 2022 y 2023)
 - *CASO 1*: hombre, 71 años.
 - *CASO 2*: mujer, 78 años.
 - *CASO 3*: mujer, 87 años.
- Similares características a los casos publicados, con mayor incidencia en nuestro entorno.
 - Predomina en sexo femenino
 - Edad avanzada
 - Curso evolutivo rápido (fase inicial a tardía)
 - *CASO 1*: 12 meses
 - *CASO 2*: 6 meses
 - *CASO 3*: 14 meses
 - Hallazgos radiológicos:
 - Al igual que en la literatura, son mas precoces y mas acusados en el proceso evolutivo los cambios destructivos en la cabeza femoral.

10 meses

CASO 1



A (inicial): articulación coxofemoral derecha normal.

B (7 mes): aplanamiento de la cabeza femoral con destrucción y esclerosis subcondral.

C (12 mes): destrucción severa de la articulación coxofemoral con osteolisis extensa y fragmentación ósea.

CASO 1

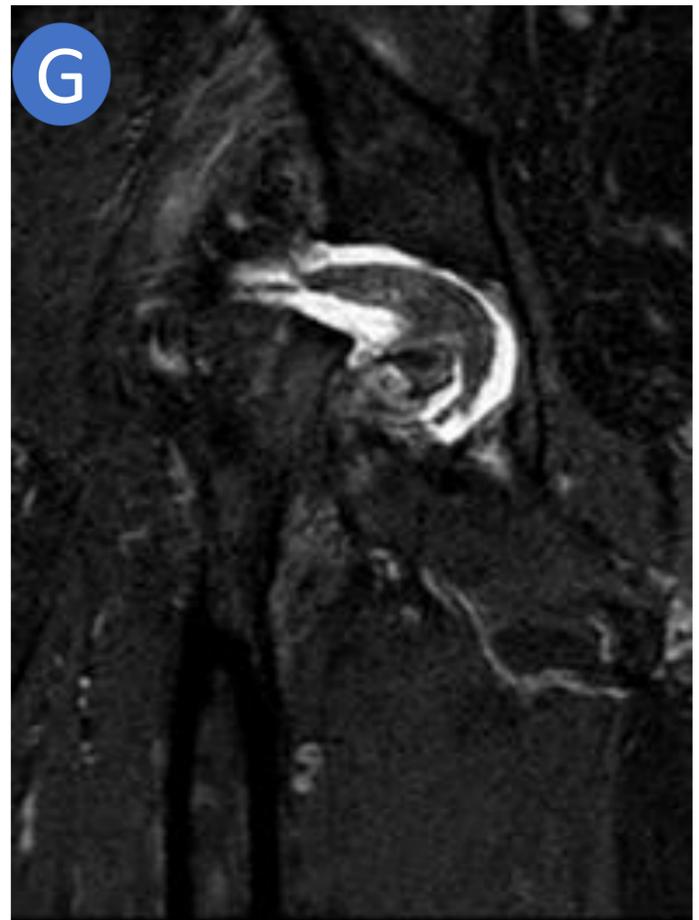


D (TC axial) : derrame articular, pérdida completa de la cabeza femoral con osteolisis, fragmentación ósea y componente de partes blandas asociado.



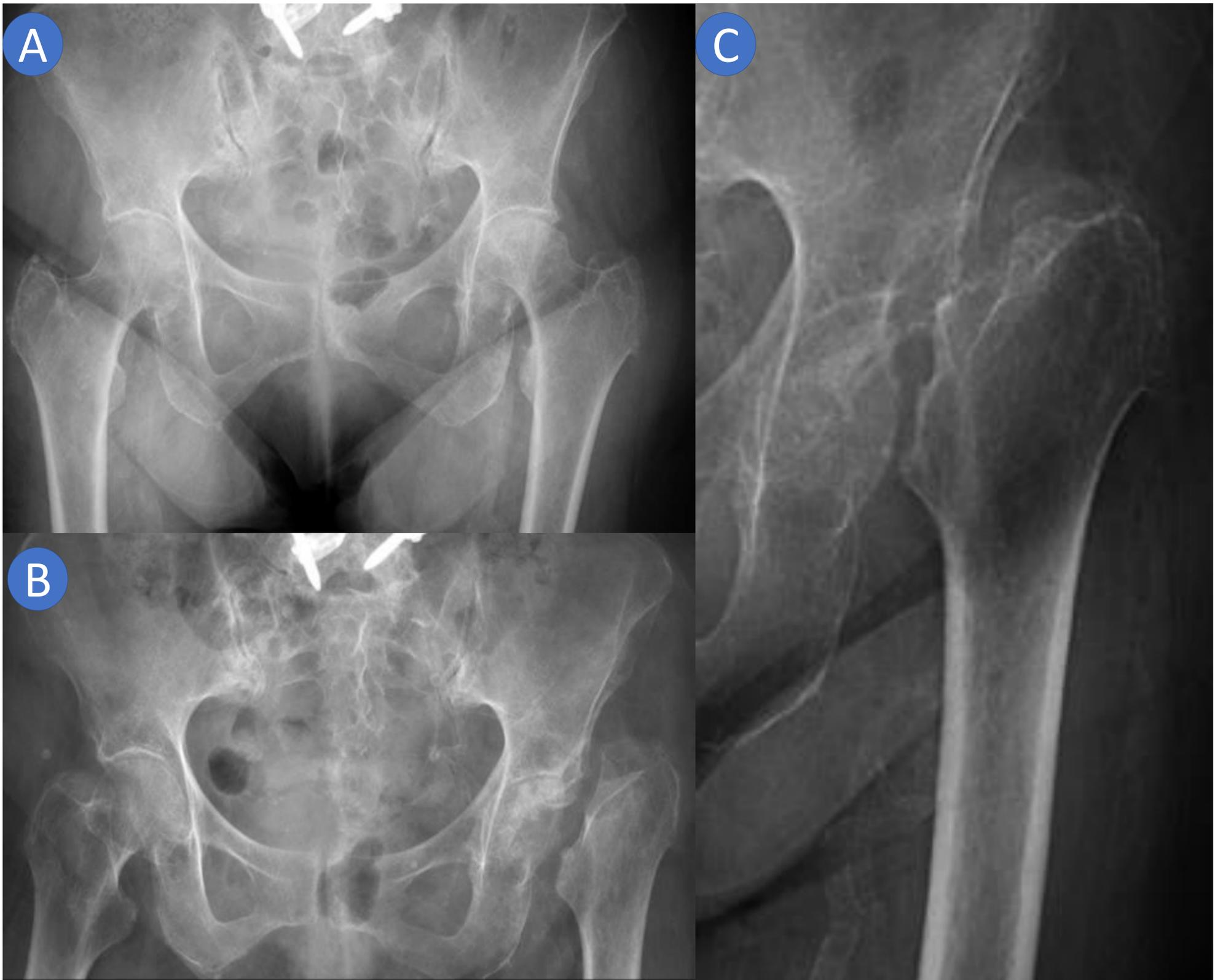
E (TC coronal) : desestructuración de la articulación coxofemoral derecha con deformidad y subluxación secundaria.

CASO 1



F-G-H (RM T1 y SPAIR coronal; T1 axial): alteración estructural coxofemoral con importante distensión capsular por derrame articular y componente de partes blandas, que muestra contenido heterogéneo. El paciente se intervino (PTC) y no se objetivó en el estudio histológico otras causas atribuibles.

CASO 2



*A (inicial): cambios artrósicos leves en articulación coxofemoral izquierda y aplanamiento de la cabeza femoral
B y C (6 mes y 14 mes): destrucción severa de la articulación coxofemoral con osteolisis extensa femoral y deformidad con subluxación.*

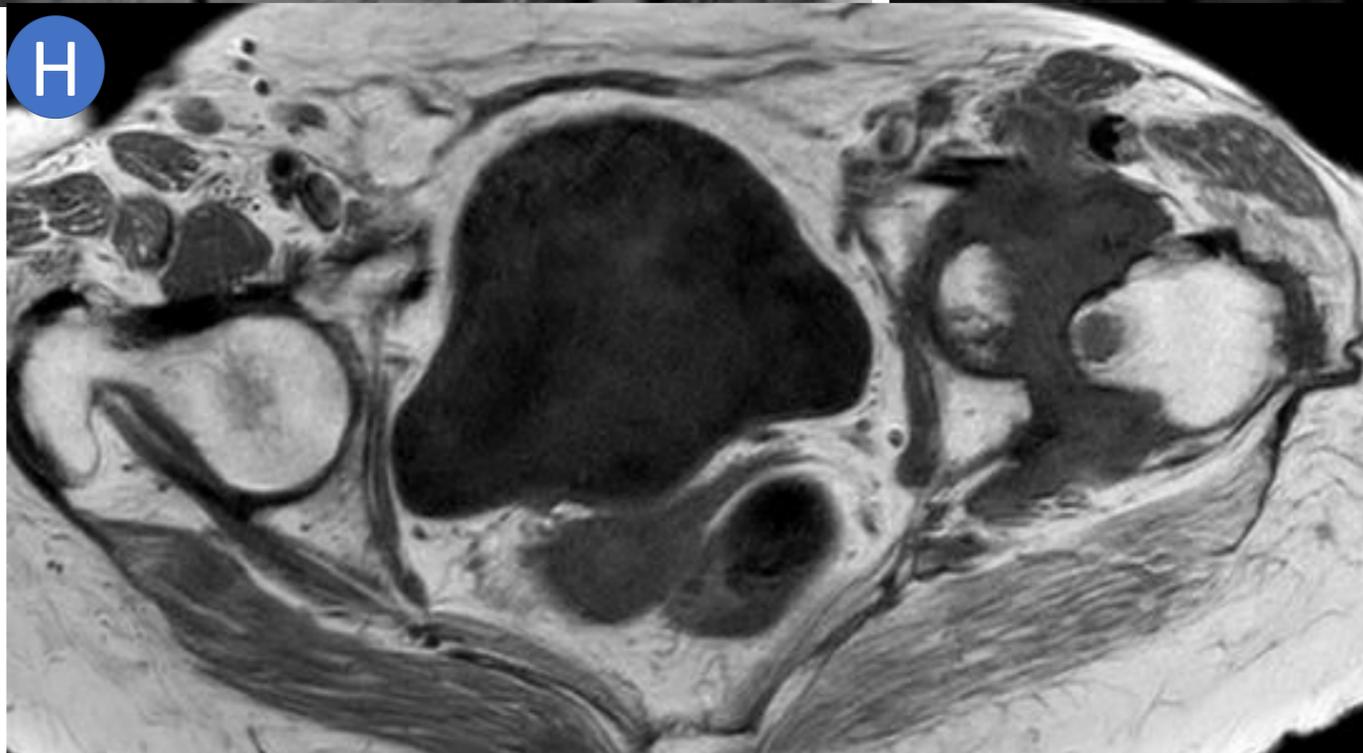
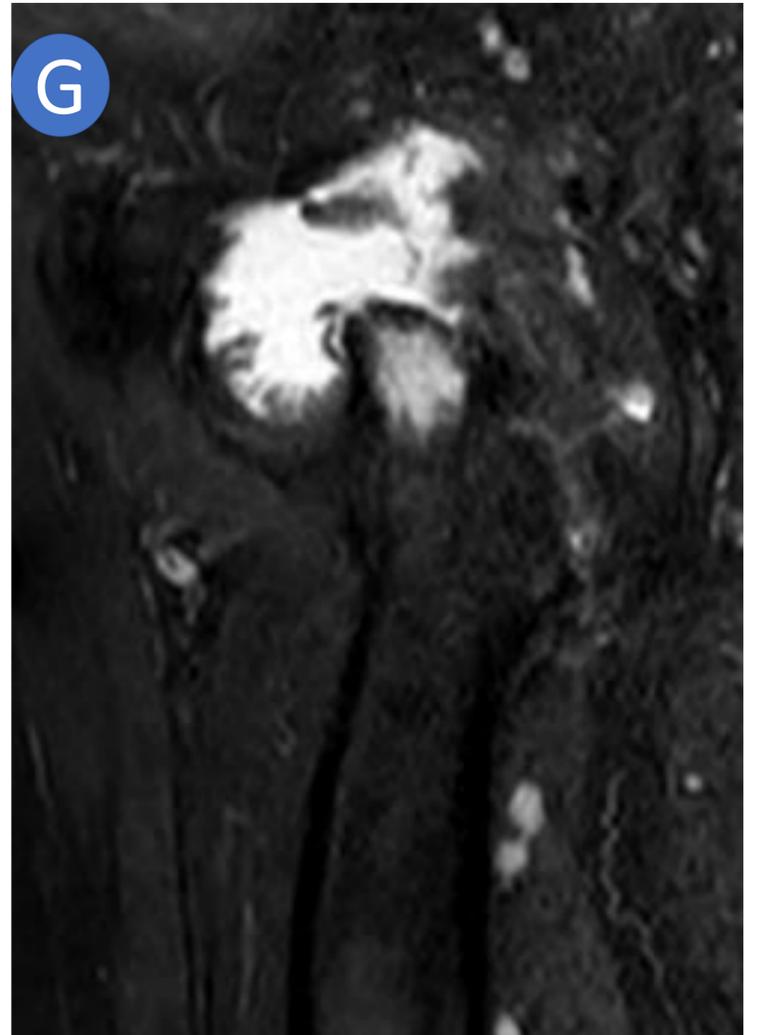
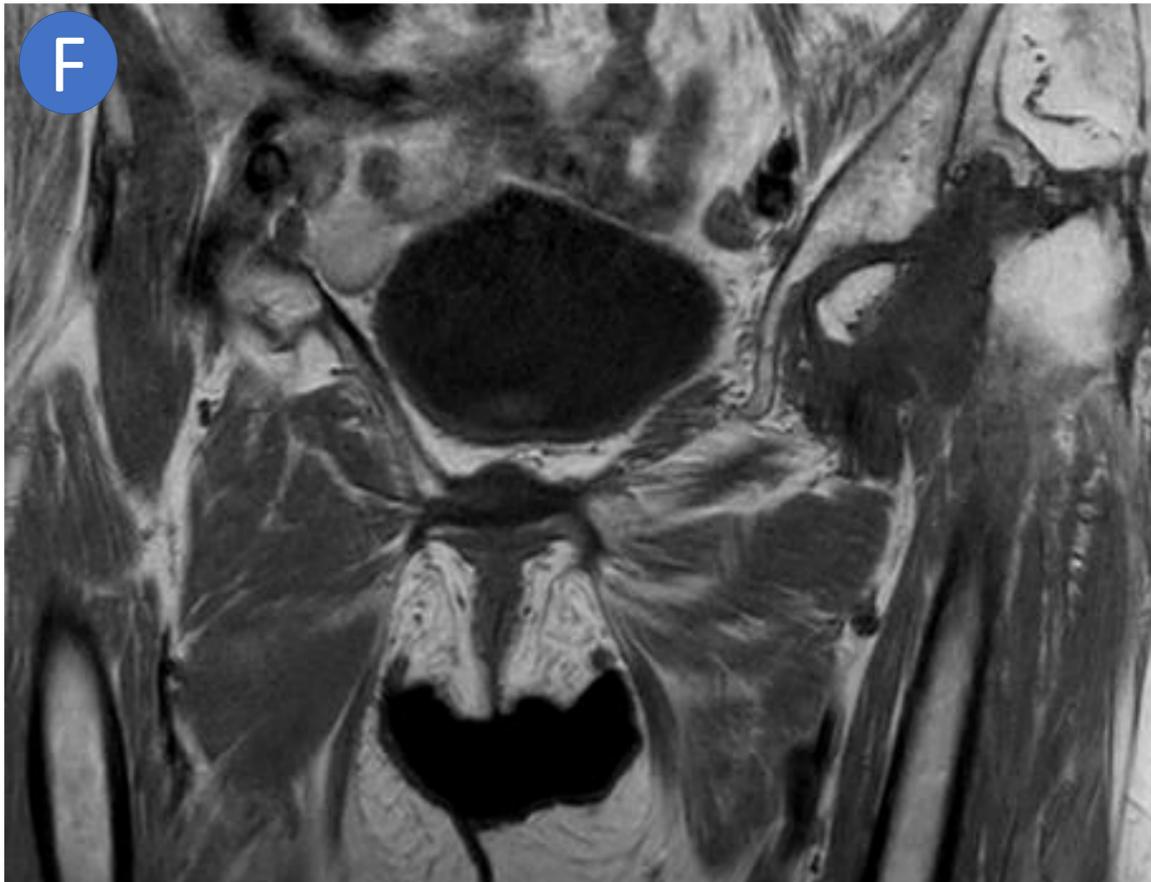
CASO 2

D (TC sagital) : derrame articular severo y componente de partes blanda asociado prominente, con esclerosis marcada en margen acetabular y aplanamiento.



E (TC coronal) : desestructuración de la articulación coxofemoral izquierda con osteolisis y fragmentación femoral, con subluxación secundaria.

CASO 2



F-G-H (RM T1 coronal, SPAIR sagital y T1 axial) : alteración estructural coxofemoral con importante distensión capsular por derrame articular y componente de partes blandas, que muestra contenido heterogéneo. La paciente no desea intervención quirúrgica.

CASO 3

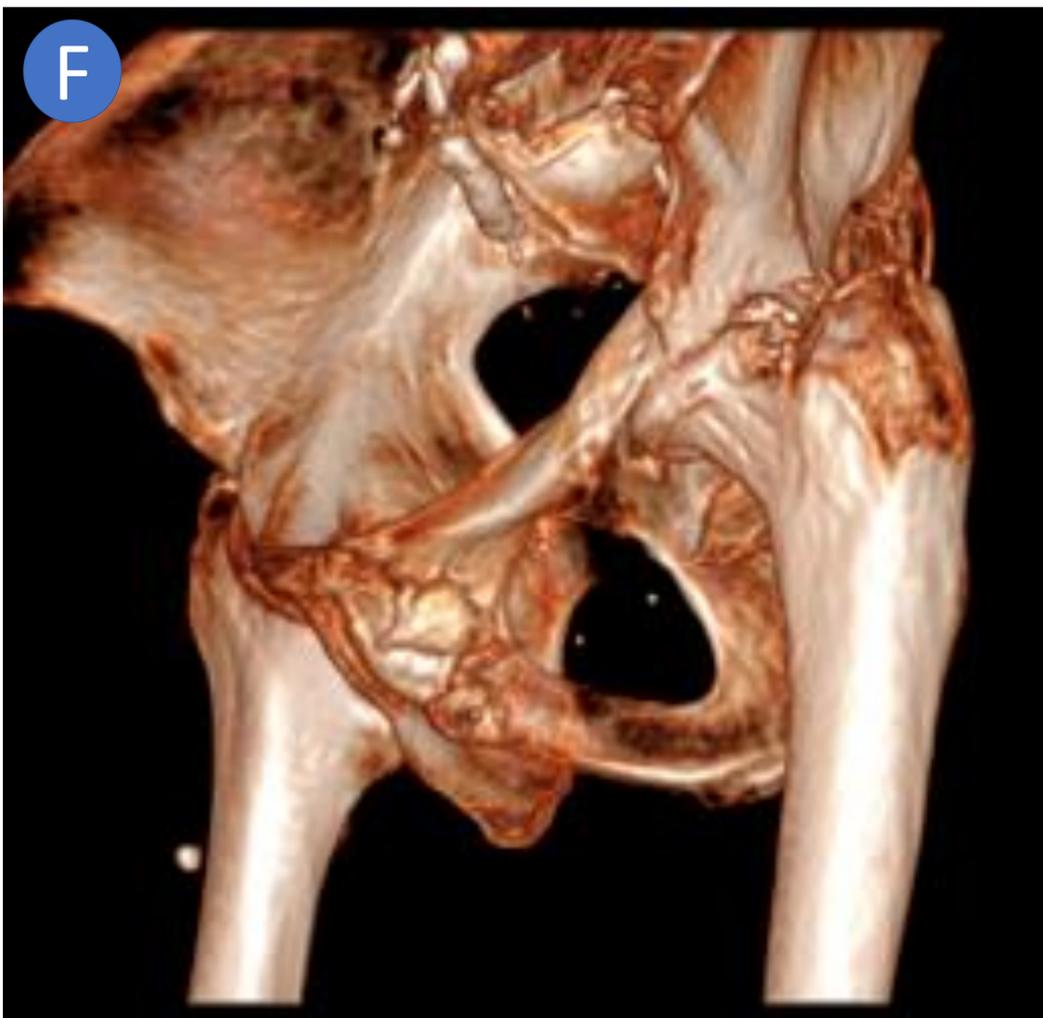
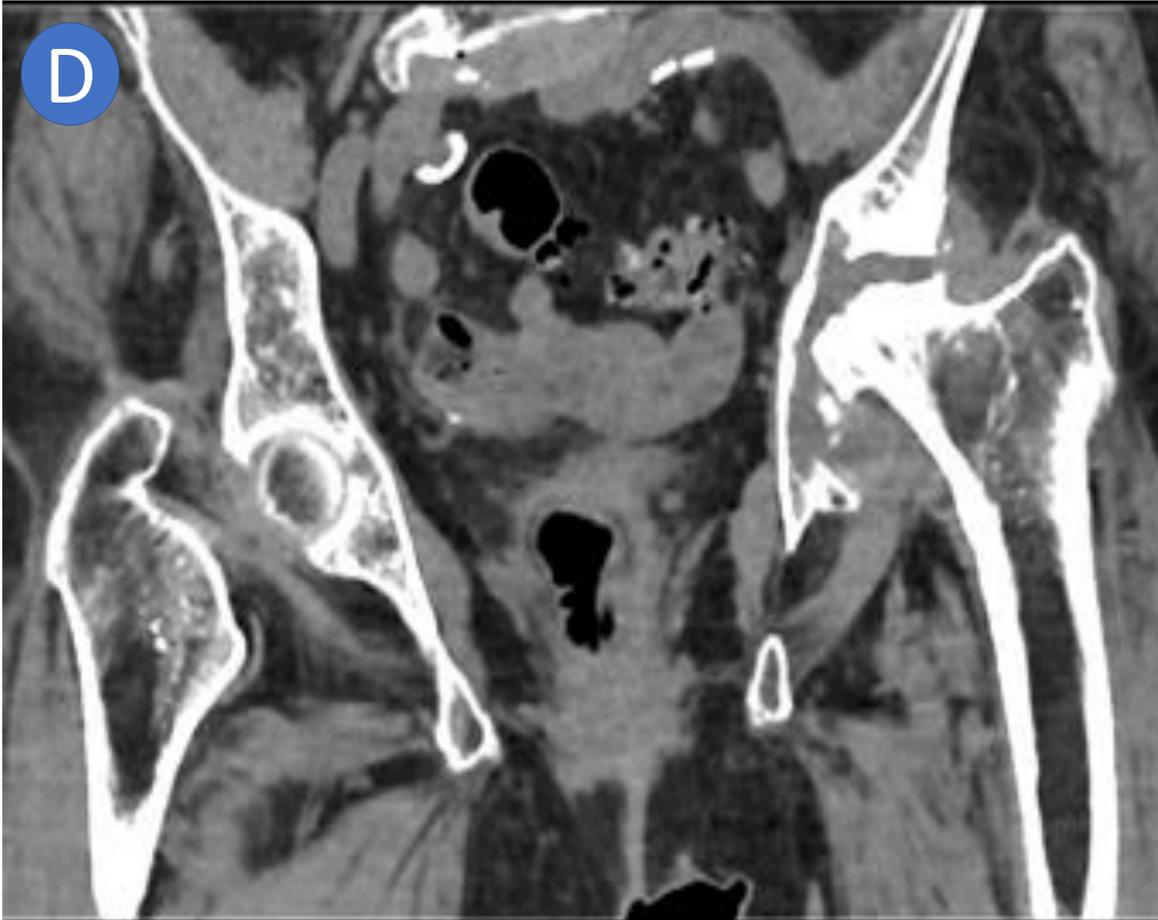


A (inicial): articulación coxofemoral izquierda con avanzados cambios degenerativos (disminución de la interlinea articular, esclerosis y geodas subcondrales)

B (7 mes): aplanamiento de la cabeza femoral con esclerosis subcondral.

C (14 mes): progresión con mayor aplanamiento de la cabeza femoral y esclerosis subcondral.

CASO 3



*D-E-F (TC coronal, TC sagital, reconstrucción 3D):
pinzamiento irregular y asimétrico del espacio articular, osificaciones periarticulares, moderado derrame articular que abomban la capsular articular, esclerosis marcada subcondral en ambos márgenes articulares.*

DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

- Hallazgos clínicos, signos radiológicos, parámetros de laboratorio, análisis de líquido articular (histología, microbiología...)

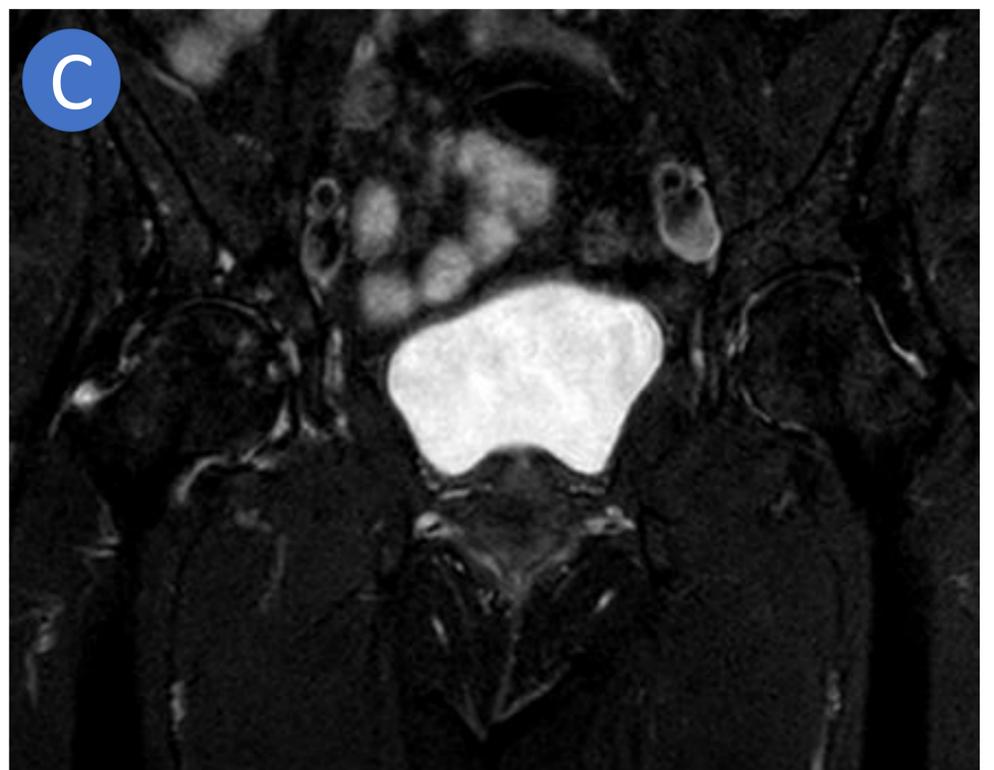
- Otras causas:
 - Degenerativa
 - Isquémica: necrosis avascular femoral (NAV)
 - Infección
 - Hemofilia
 - Enfermedad por partículas
 - Tumoral
 - Otras: neuropática, traumática, inflamatoria...

A continuación se expondrán casos representativos de coxalgias atribuibles a causas específicas. Estos presentarán en las pruebas de imagen signos radiológicos que podemos encontrar en pacientes con osteoartritis rápidamente destructiva de cadera.

PATOLOGÍA DEGENERATIVA

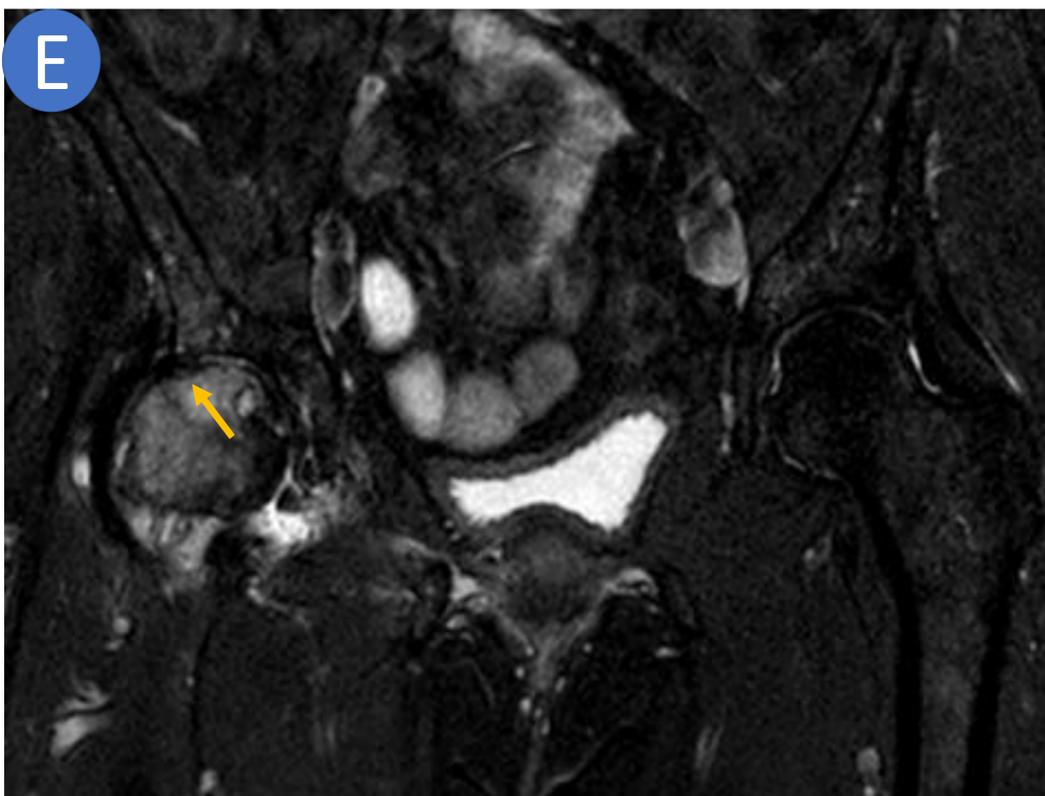
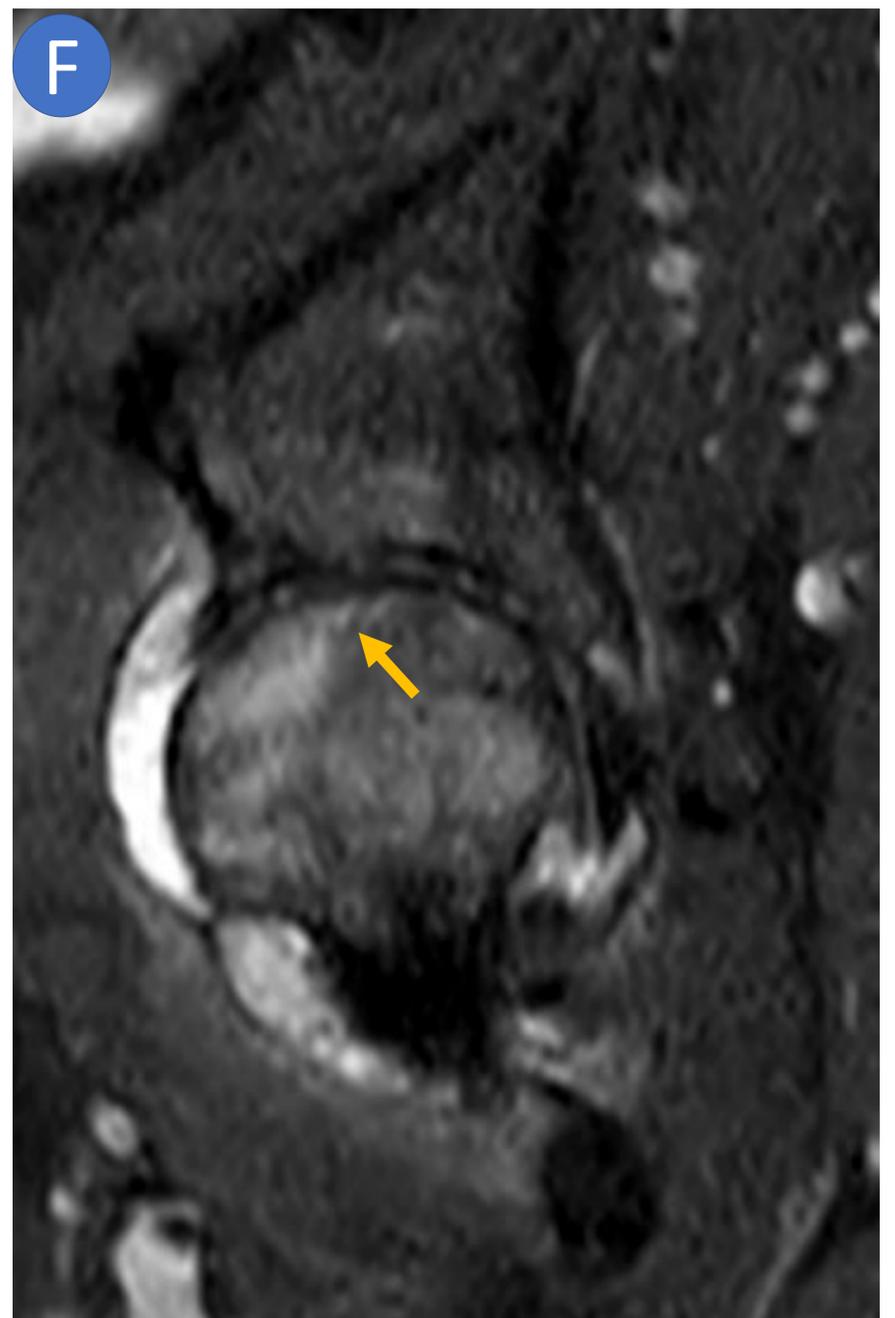


A (inicial): mujer de 67 años con coxalgia, mostrando en radiografía simple signos degenerativos en articulación coxofemoral derecha (pinzamiento interlinea, esclerosis subcondral, geodas, osteofitos)



B-C (RM Coronal T1 y SPAIR): mujer de 67 años con coxalgia, mostrando signos degenerativos en articulación coxofemoral derecha, con leve derrame articular.

PATOLOGÍA DEGENERATIVA

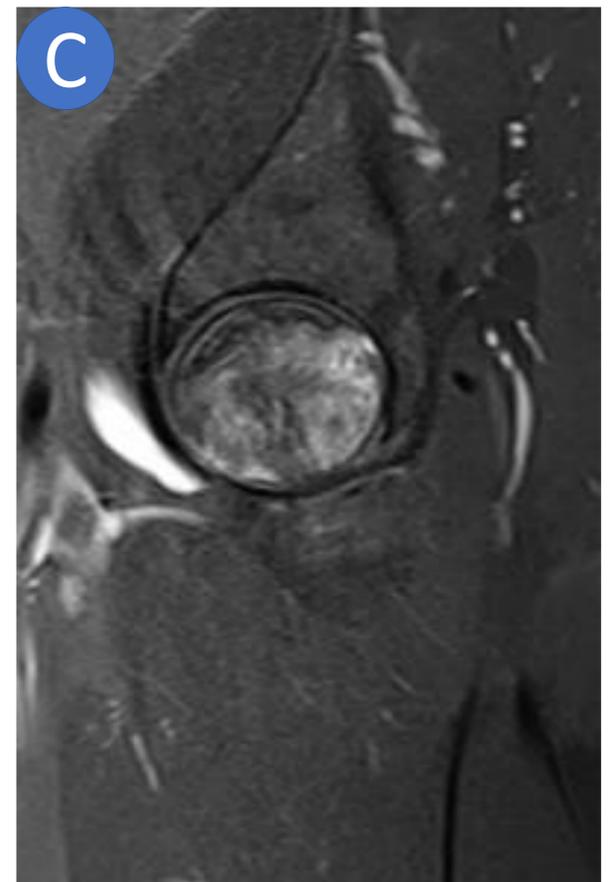
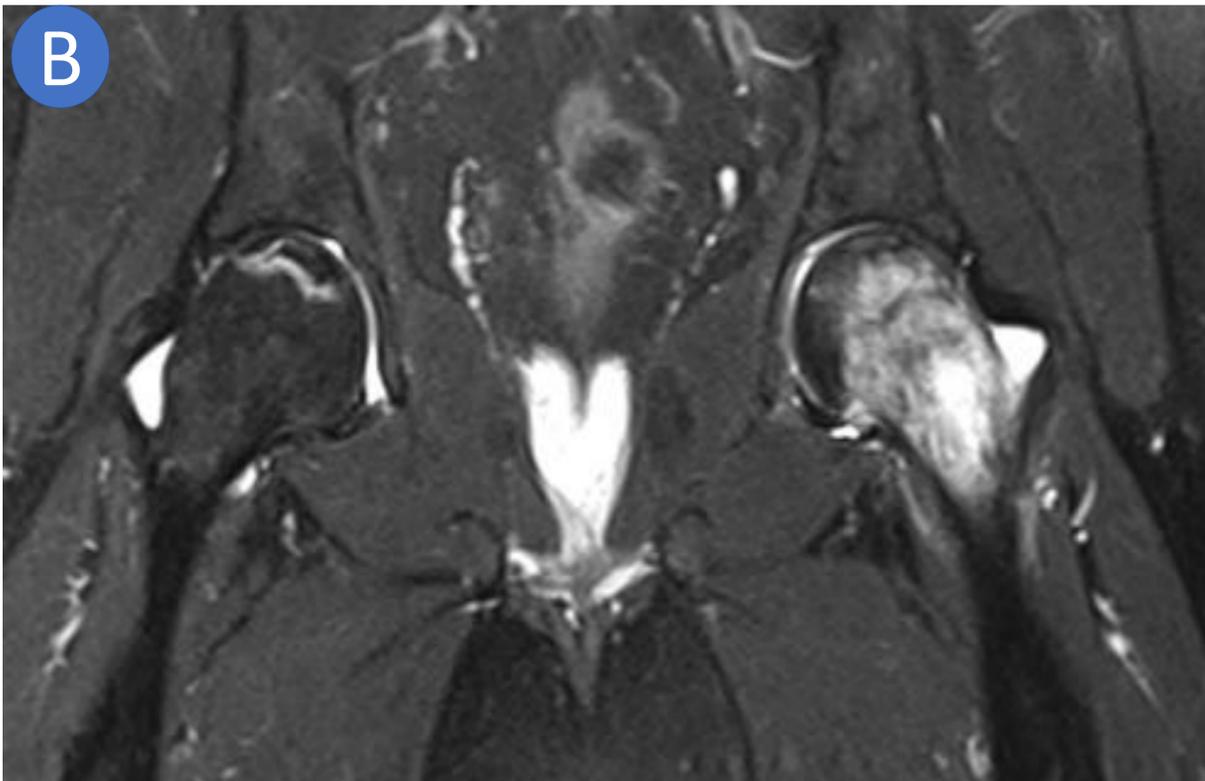


*D-E-F (RM Coronal T1 y SPAIR, Sagital SPAIR): la paciente muestra empeoramiento tras infiltración, objetivando mediante RM extenso edema óseo difuso en cabeza y cuello femoral, con línea de **fractura subcondral** (flecha) y moderado derrame articular.*

PATOLOGÍA ISQUÉMICA (NAV)

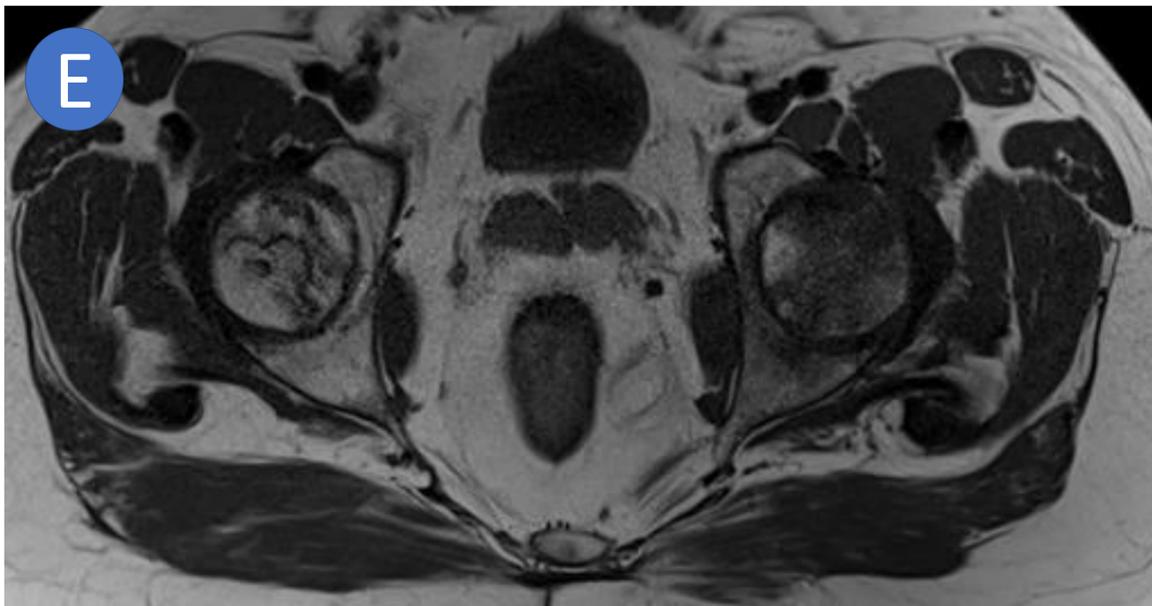
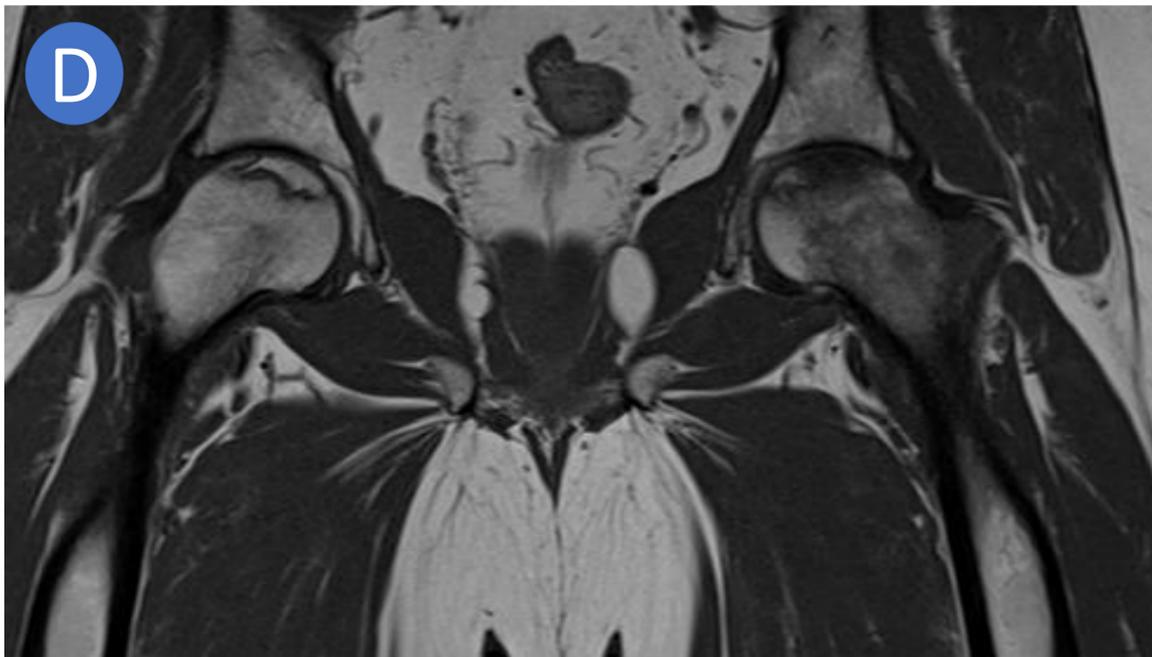


A (inicial): varón 57 años con dolor intenso en ingle izquierda. No se muestran alteraciones reseñables.



B-C (RM coronal tse t2 fs y sagital tse dp fs): lesión subcondral de la cabeza femoral izquierda de morfología lineal serpinginosa que asocia edema que se extiende a cuello y región pertrocantérea, así como moderado derrame articular, con presencia de liquido en la bursa iliopsoas. Hallazgos concordantes con necrosis avascular femoral bilateral.

PATOLOGÍA ISQUÉMICA (NAV)



*D-E (RM coronal y axial
T1)*

*hallazgos concordantes
con necrosis avascular
femoral bilateral, sin
apreciar edema en
cabeza femoral derecha
(asintomática)*

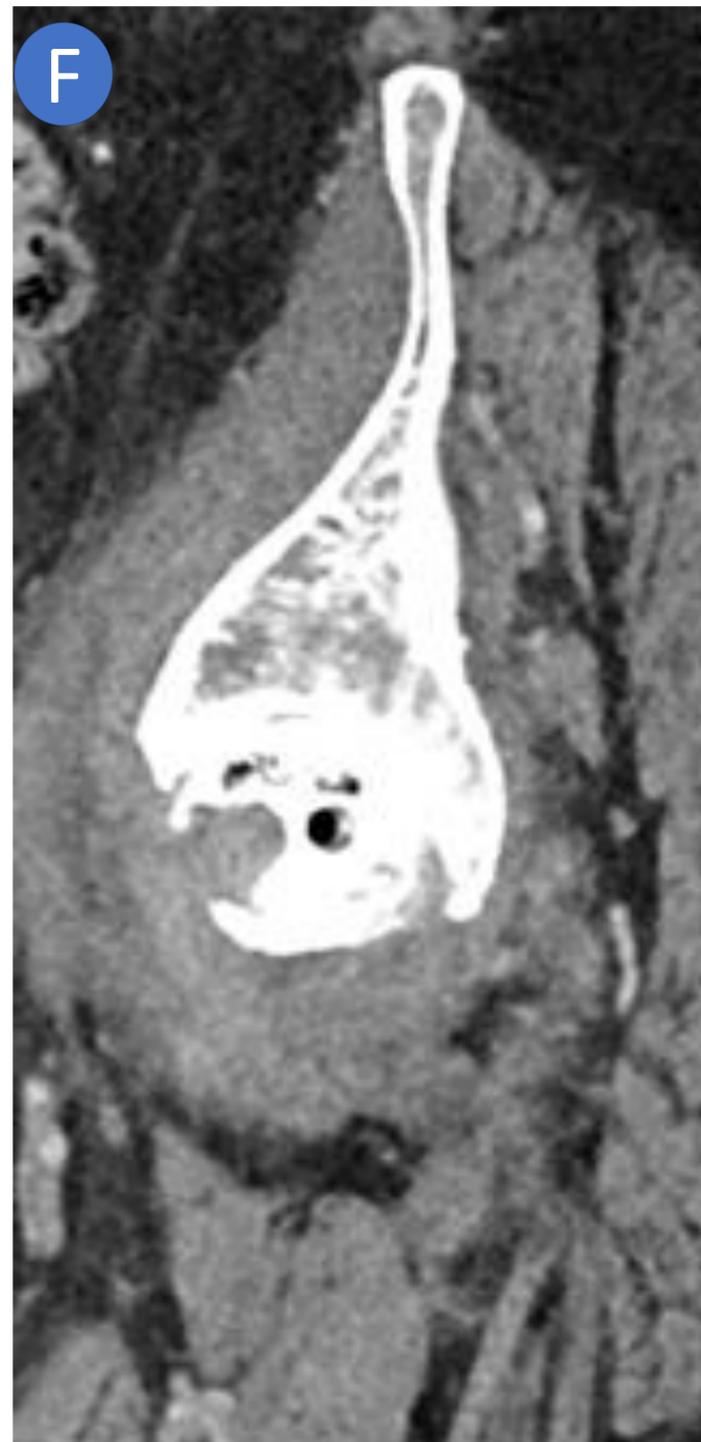
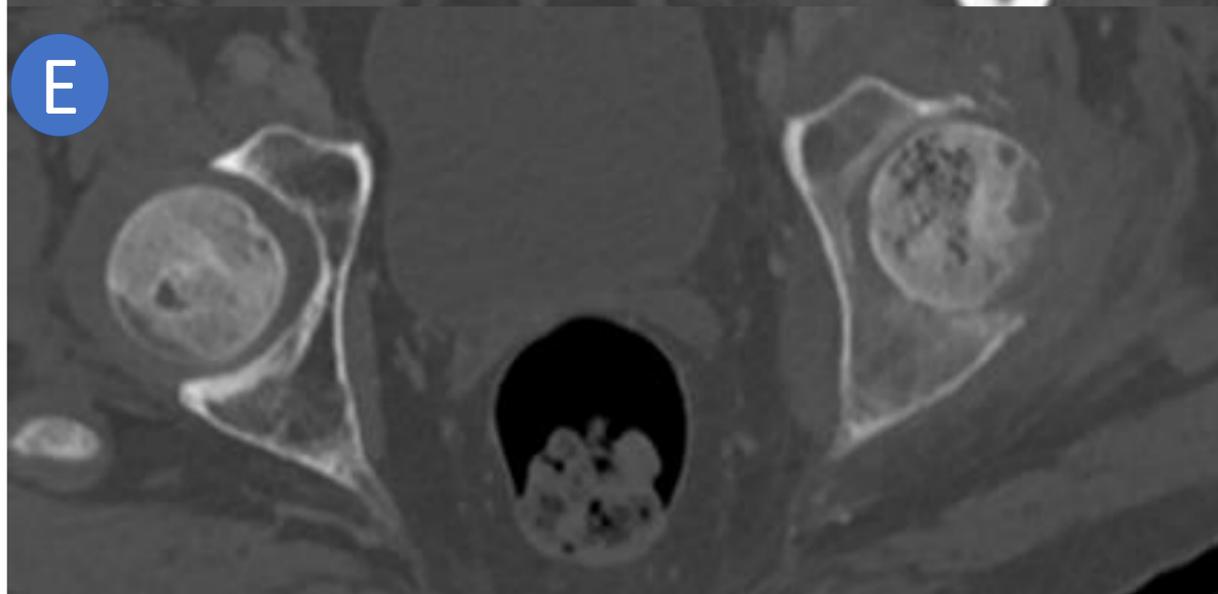
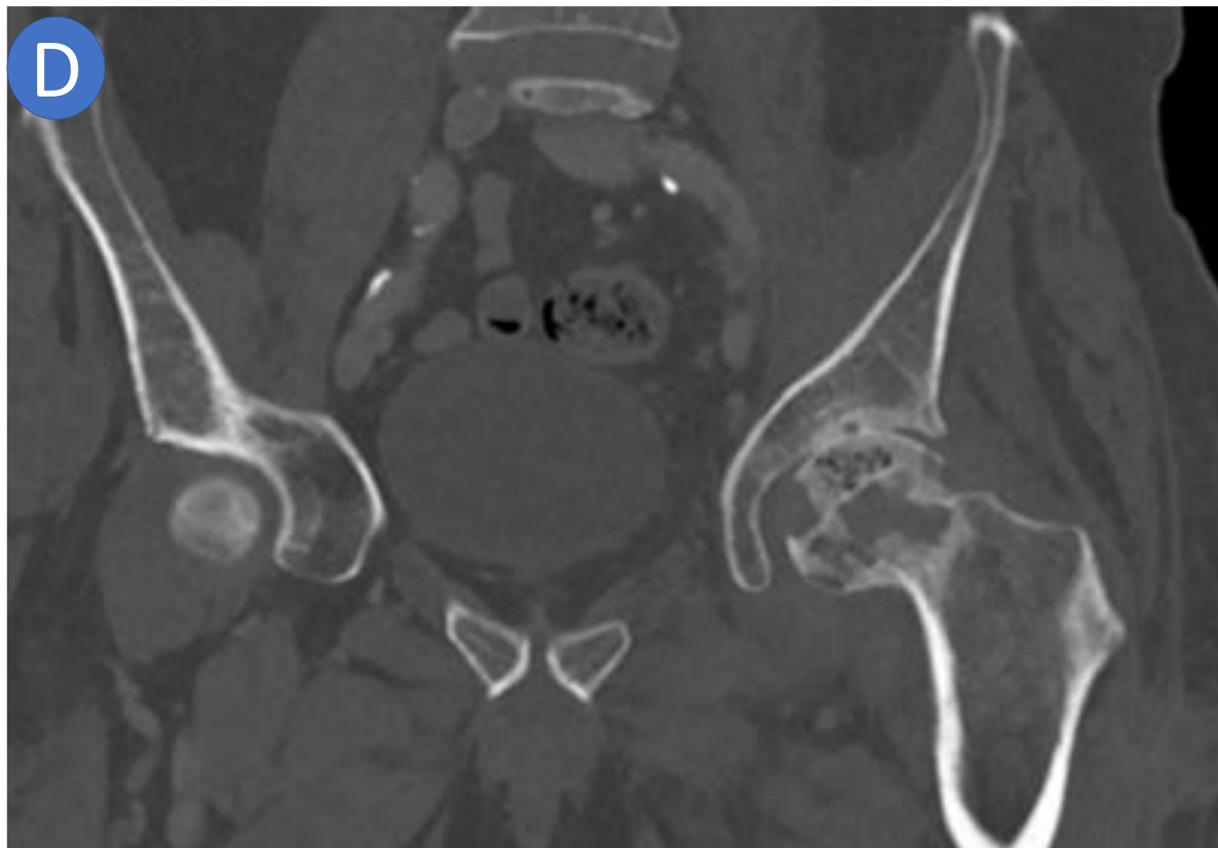
*F: tras forage bilateral y favorable
evolución inicial, en radiografía
simple de control se objetiva
colapso de la cadera izquierda con
dolor residual. No se objetiva
destrucción progresiva rápida de la
articulación coxofemoral.*

PATOLOGÍA INFECCIOSA



A (TC coronal con contraste i.v., ecografía, RM coronal tse t2 fs): varón de 70 años con síndrome constitucional, apreciando neoplasia de colon descendente (no se muestra en las imágenes). En relación con la cadera izquierda, se objetiva derrame coxofemoral izquierdo y distensión de la bursa iliopsoas, así como afectación de la musculatura a regional del muslo y colecciones líquidas confluentes. Hallazgos concordantes con artritis séptica de cadera izquierda. El paciente desarrolló NAV posteriormente y se realizó forage bilateral, mostrado en las siguientes imágenes.

PATOLOGÍA INFECCIOSA



El paciente muestra empeoramiento de la coxalgia y fiebre, requiriendo nuevo estudio de imagen. D-E-F (TC coronal, axial y sagital) : moderado derrame articular en articulación coxofemoral izquierda con realce de la sinovial, edema en partes blandas periarticulares y bursitis iliopsoas. Osteolisis en cabeza femoral y burbujas aéreas en cavidad articular y medula ósea en cabeza femoral. Hallazgos consistentes en artritis séptica con osteomielitis aguda.

PATOLOGÍA INFECCIOSA



El paciente se intervino quirúrgicamente realizándose limpieza de partes blandas con extirpación de la cabeza femoral, raspado de la cavidad femoral y lavado. Finalmente se hacen bolas de cemento con antibiótico y se colocan 4, que se muestran en la radiografía simple como cuerpos densos redondeados a nivel articular

ARTROPATÍA HEMOFÍLICA

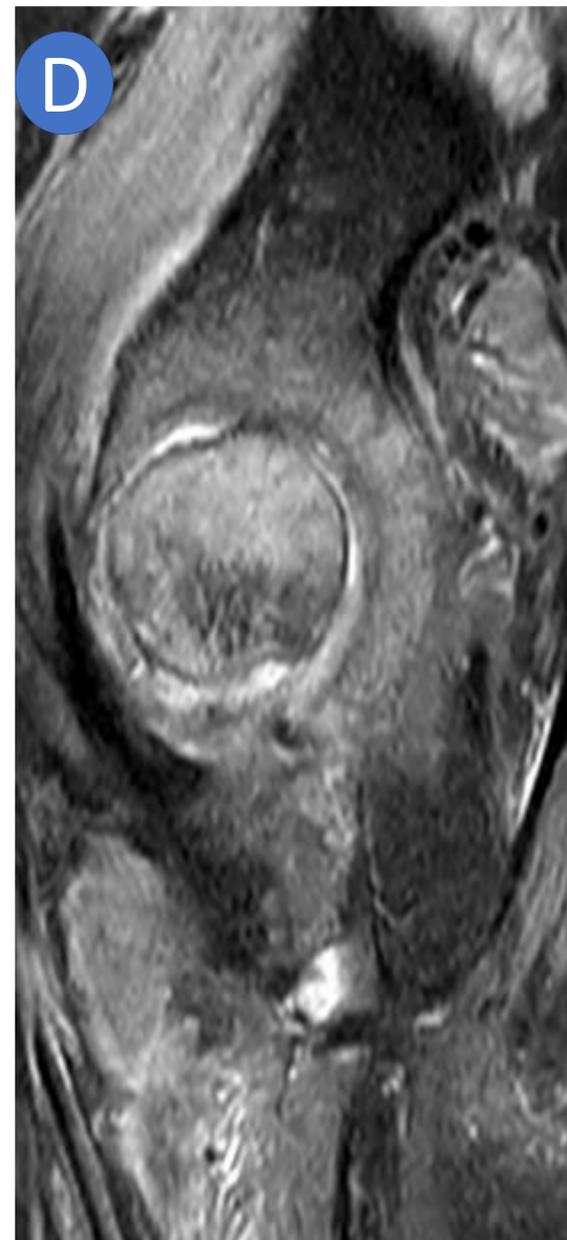
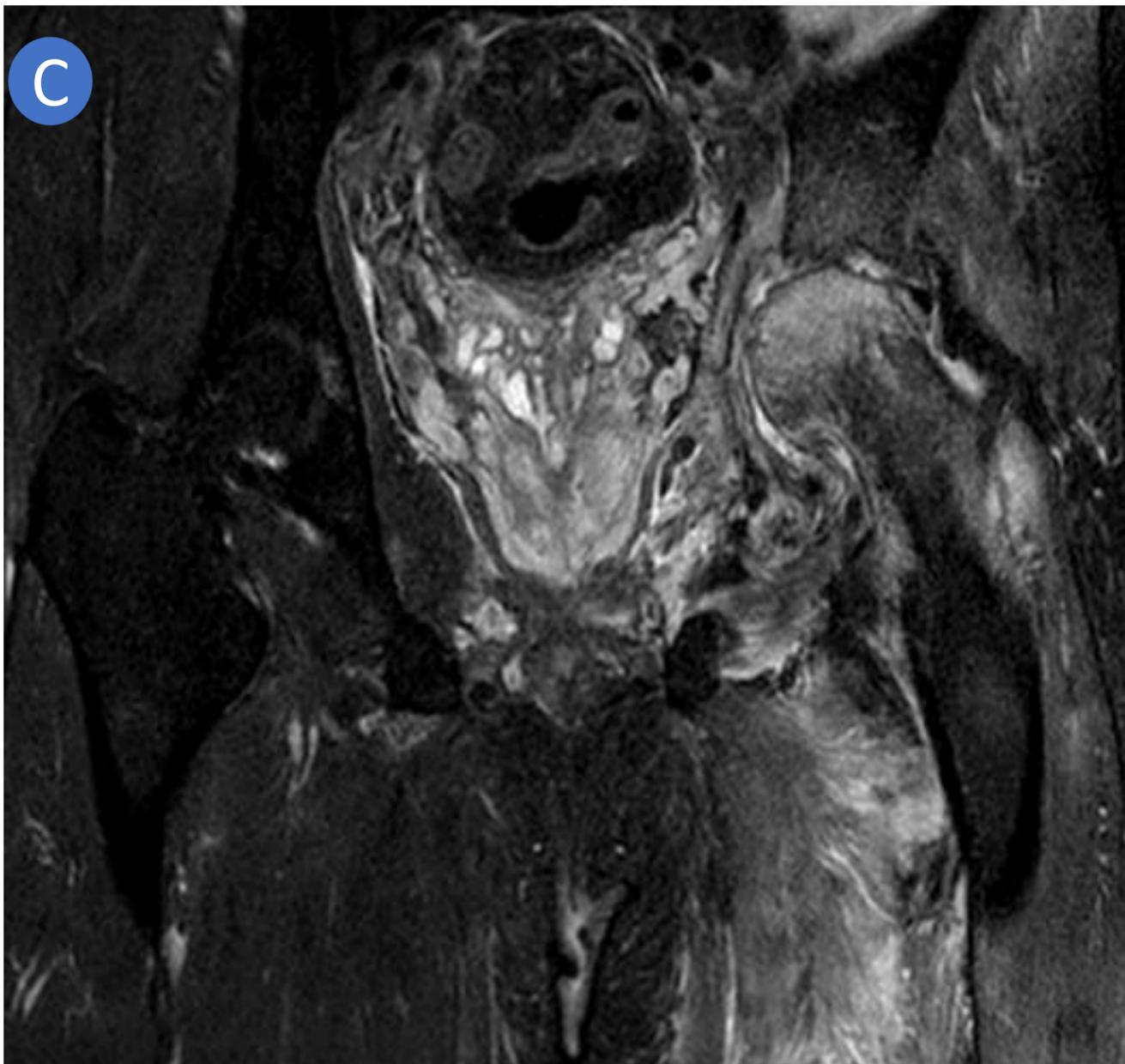


A (inicial): varón 59 años con hemofilia tipo A que comienza con coxalgia izquierda. Se objetiva disminución de la interlinea articular y sobrecobertura / protrusión acetabular.



B (a los 5 meses): a pesar de tratamiento sustitutivo con factor el paciente presenta hemartros de repetición y colecciones alrededor de la musculatura, apreciando en radiografía simple pérdida de la definición de la superficie articular femoral

ARTROPATÍA HEMOFÍLICA

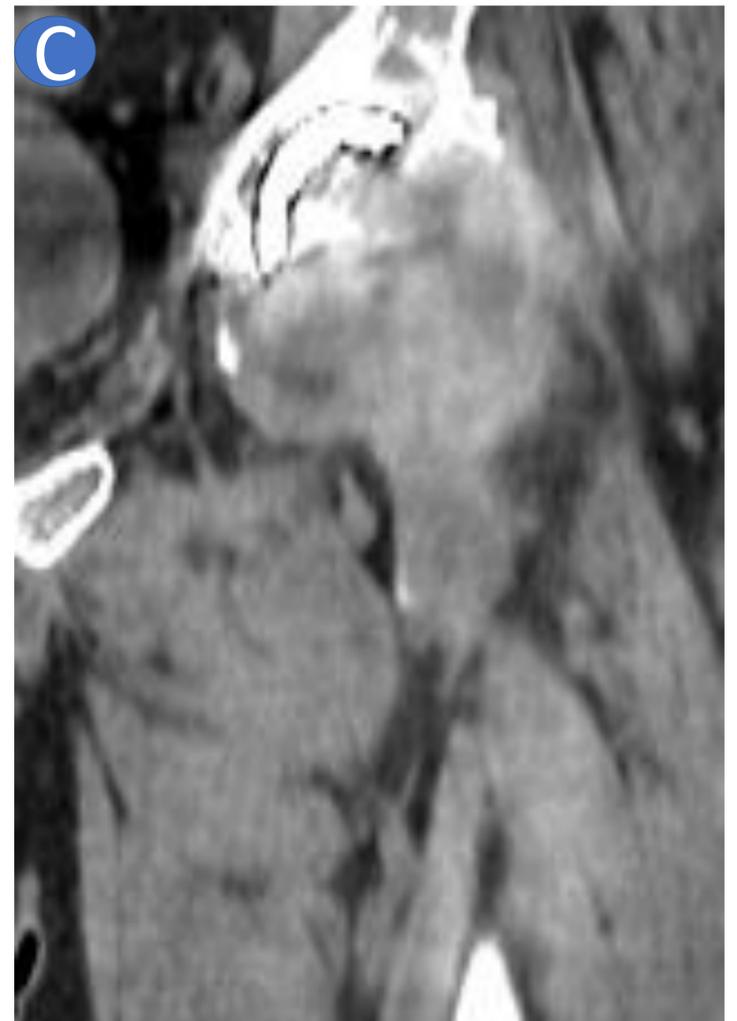
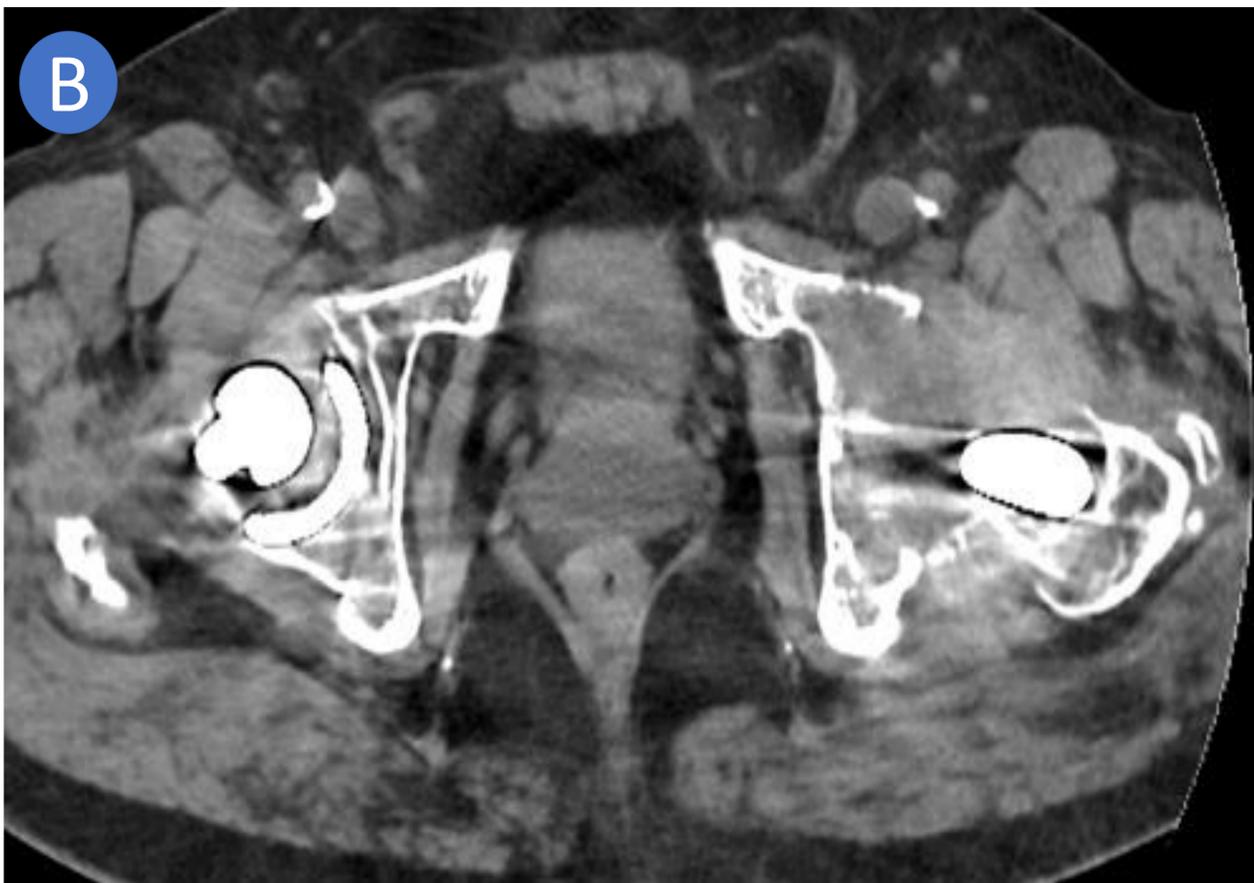


C-D (RM coronal y sagital SPAIR) : cabeza femoral izquierda con morfología aplanada, con extenso edema óseo en ésta y en acetábulo. Irregularidades corticales de la superficie femoral con moderado derrame. Edema generalizado en la musculatura de hemipelvis izquierda y región proximal del muslo. Adenopatías de aspecto reactivo en región iliaca e inguinal izquierda. Hallazgos en relación con artropatía destructiva de cadera en paciente con hemofilia tipo A resistente a tratamiento.

ENFERMEDAD POR PARTÍCULAS



A: varón de 66 años con coxartrosis severa derecha y con prótesis total de cadera izquierda.



B y C (TC axial y coronal): mismo paciente que tras PTC de cadera derecha, comienza con dolor en PTC izquierda, apreciando áreas de osteolisis extensas circundantes componentes protésicos femoral y acetabular, con componente de partes blandas expansivo que erosiona la cortical, compatible con enfermedad por partículas.

PATOLOGÍA TUMORAL



A: varón de 51 años con dolor en miembro inferior derecho tras caída. Se objetiva lesión lítica en fémur proximal derecho con calcificaciones amorfas (estirpe condral)



B: refiere coxalgia intensa tras nueva caída, objetivando línea de fractura intertrocantérica con impactación.

PATOLOGÍA TUMORAL



*C-D (TC coronal y axial):
el estudio de TC confirma la
presencia de una lesión
lítica semiológicamente
agresiva, concordante con
condrosarcoma. Muestra
fractura patológica, siendo
una lesión de predominio
lítico, con reacción
perióstica de morfología
irregular, con calcificaciones
medulares que muestran
patrón condroide. Asocia
masa de partes blandas
mejor visualizada en corte
axial.*

CONCLUSIONES

- La osteoartritis rápidamente destructiva de cadera es una entidad poco común aunque con una incidencia no baladí según nuestra experiencia.
- Debe sospecharse en pacientes con destrucción articular rápida no atribuible a otras causas, siendo un diagnóstico de exclusión.
- El hallazgo radiológico mas constante es la fragmentación y aplanamiento de la cabeza femoral en un corto periodo de tiempo (en nuestra experiencia 10 meses), en pacientes con estudios iniciales normales o con signos artrósicos leves.

REFERENCIAS

1. Matsunaga F, DeVita RR, Young PC. Rapidly destructive osteoarthritis of the hip. Intern Emerg Med [Internet]. Springer International Publishing; 2021;16(2):497-9.
2. Amao Ruiz EJ, Bayón Calatayud MR, Nieto Rodríguez JA, García Alberdi E. Artrosis rápidamente destructiva de cadera: a propósito de un caso. Reumatol Clin. 2011;7(1):56-8.
3. Hu L, Zhang X, Kourkoumelis N, Shang X. The mysteries of rapidly destructive arthrosis of the hip joint: A systemic literature review. Ann Palliat Med. 2020;9(3):1220-9.
4. Zazgyva A, Gurzu S, Gergely I, Jung I, Roman CO, Pop TS. Clinico-radiological diagnosis and grading of rapidly progressive osteoarthritis of the hip. Med (United States). 2017;96(12):1-7
5. Batra S, Batra M, McMurtrie A, Sinha AK. Rapidly destructive osteoarthritis of the hip joint: A case series. J Orthop Surg Res. 2008;3(1):1-6.
6. Arbelo A, Torre M De, Rúa-figueroa I, Rodríguez C. Coxartrosis rápidamente destructiva. Presentación de dos casos y revisión bibliográfica. Rev Esp Reumatol 2003;239(6):3-6.