

Necrosis avascular de la cabeza femoral

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La necrosis avascular de la cabeza femoral significa que la “esfera” de la articulación de la cadera está perdiendo su suministro sanguíneo. Sin sangre, parte del hueso se debilita y, con el tiempo, puede colapsar. El dolor suele localizarse en la zona profunda de la ingle y puede extenderse al muslo o incluso a la rodilla. Muchas personas lo sienten con mayor intensidad al caminar, subir escaleras o ponerse de pie después de estar sentadas.

Esta afección suele afectar a personas de finales de los 30 y principios de los 40 años. Con frecuencia comienza de forma silenciosa: algunas zonas pequeñas del hueso afectadas no causan ningún dolor y solo se detectan mediante estudios de imagen. En cambio, las zonas más extensas sí generan problemas; el riesgo de que la situación empeore con el tiempo es del 25 % al 50 %. Casi el 80 % de los pacientes ya presentan una fase avanzada de la enfermedad cuando acuden al médico, por lo que el margen para proteger la cadera antes de que el hueso colapse puede ser muy reducido.

En la vida cotidiana, el dolor puede limitar la amplitud de movimiento de la cadera. Rotar la pierna hacia adentro o moverla lateralmente puede resultar rígido o difícil. Entrar y salir del coche, sentarse en una silla baja o ponerse zapatos y calcetines pueden volverse incómodos. Algunas personas notan cojera; otras sienten sensación de “traba”, bloqueo o crujido en la cadera, lo cual podría indicar daño en la superficie articular.

Si sus síntomas aparecieron tras una lesión o fractura de cadera en la infancia, el cuadro clínico puede ser similar: el dolor inguinal es el síntoma predominante y puede manifestarse meses o incluso años después de la lesión inicial. En los niños con la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, una variante de esta misma patología, la cojera y el dolor en la cadera, el muslo o la rodilla son los signos habituales; la mayoría de ellos atraviesan un período de 12 a 18 meses de dificultades antes de que los síntomas se atenúen.

Sea cual sea la causa, el dolor suele intensificarse con la actividad y la carga sobre la cadera. Si el dolor profundo en la ingle persiste, es recomendable hacerse una evaluación médica lo antes posible.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La cadera es una articulación esférica. La “esfera” es la cabeza femoral, y necesita un suministro constante de sangre para mantenerse viva. Esa sangre llega a través de un pequeño grupo de vasos sanguíneos que rodean la parte superior del fémur y entran en la cabeza femoral por una abertura estrecha. Existe muy poca redundancia en este sistema vascular. Si esos vasos se comprimen, se obstruyen o se dañan, el hueso que alimentan queda sin riego sanguíneo.

Cuando el hueso pierde su suministro de sangre, sus células mueren. El cuerpo intenta reparar esa zona dañada, pero este proceso de reparación genera inflamación en un espacio que no tiene margen para expandirse. La presión resultante comprime aún más el escaso flujo sanguíneo restante. Mientras tanto, el hueso debilitado sigue soportando el peso corporal. Se forman pequeñas grietas en la capa ósea situada justo debajo de la superficie articular; al no haber hueso vivo que las cure, estas grietas se agrandan. La cabeza femoral puede entonces aplanarse o colapsar, y el cartílago liso que la recubre pierde su soporte.

Imagine la cabeza femoral como un puente construido con piedra viva. En las primeras pruebas de imagen, la piedra muerta parece idéntica a la piedra viva, pero ya no soporta cargas de la misma manera; gran parte de ella falla silenciosamente antes de que nadie se dé cuenta. Por eso el dolor inguinal del que se habló anteriormente suele aparecer tarde, y por eso es tan importante el diagnóstico precoz.

Varios factores pueden interrumpir este suministro sanguíneo. Una dislocación o fractura de cadera puede desgarrar o doblar esos vasos. Los medicamentos esteroides y el consumo excesivo de alcohol pueden alterar la sangre y la médula ósea, hasta el punto de ralentizar o detener el flujo sanguíneo. Los trastornos de la coagulación pueden obstruir directamente esos pequeños vasos. En aproximadamente el 10% al 20% de los casos, no se encuentra ninguna causa aparente.

También es importante dónde se ubica la zona dañada. Una zona muerta en la parte frontal de la cabeza femoral soporta mayor carga y tiene más probabilidades de colapsar que una zona alejada de la zona de carga.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de cadera en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su cadera y solicitamos las pruebas de imagen necesarias. Estas pruebas también nos indican el estadio de la enfermedad, lo cual determina nuestras recomendaciones.

Si el área ósea afectada es pequeña, no provoca dolor y se encuentra lejos de la zona de carga, podríamos simplemente vigilarla mediante controles y pruebas periódicas. Si sí experimenta dolor, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos: modificar la forma en que carga la cadera, reducir las actividades que empeoran sus síntomas y recurrir a fisioterapia para mantener el movimiento de la articulación y la fortaleza de los músculos circundantes. En algunos casos, se les pide a los pacientes que disminuyan

temporalmente la carga sobre la pierna. Le damos a este enfoque una oportunidad razonable antes de considerar cualquier otra medida.

Para el dolor, los analgésicos simples y los antiinflamatorios pueden ayudarle a mantenerse activo mientras la cadera se recupera. No utilizamos cortisona ni otros tipos de inyecciones para esta afección, por lo que no las ofreceremos como parte de su tratamiento.

Si el hueso aún no se ha colapsado, la cirugía puede tener como objetivo preservar la propia articulación. Una opción consiste en perforar pequeños canales a través del cuello femoral hasta la zona dañada; esto alivia la presión interna del hueso y permite la entrada de nuevos vasos sanguíneos. A veces esta técnica se combina con el trasplante de células de médula ósea propias del paciente dentro de esos canales, para favorecer la cicatrización ósea. Otra alternativa es trasladar un pequeño fragmento de hueso sano, con su propio suministro sanguíneo intacto, a la zona afectada. En ciertas caderas, se puede cortar y reorientar el fémur para desviar la carga lejos de la zona dañada. Estas intervenciones para preservar la articulación son más eficaces antes de que se produzca el colapso óseo; analizaremos cuál, si alguna, resulta adecuada según su estadio clínico. Si la cabeza femoral ya se ha colapsado o la superficie articular está desgastada, el procedimiento habitual es la artroplastia total de cadera, en la que se sustituyen la cabeza y la cavidad desgastadas por componentes artificiales. Consideramos la cirugía cuando los tratamientos no quirúrgicos no han logrado mejoría suficiente; entonces evaluamos juntos las distintas opciones para tomar una decisión compartida.

Qué esperar

Esta afección rara vez mejora por sí sola. Una vez que se interrumpe el flujo sanguíneo, la zona ósea afectada se debilita progresivamente bajo el peso corporal. Más de un tercio de los pacientes con osteonecrosis dolorosa de la cabeza femoral experimentan colapso óseo en el transcurso de un año. Si no se trata, la enfermedad suele derivar en el colapso de la cabeza femoral y el desgaste progresivo de toda la articulación.

Es difícil predecir el momento exacto en que ocurrirán los cambios. Algunas personas notan un aumento del dolor a lo largo de varios meses; otras tienen un período más largo sin síntomas, y estos pueden aparecer incluso años después de las primeras señales. Si su problema de cadera surgió tras una lesión, tenga en cuenta que el dolor puede manifestarse hasta 8 años después, incluso cuando los estudios iniciales no mostraban anomalías. Por eso su cirujano querrá hacerle un seguimiento a largo plazo, no solo durante los primeros meses.

El lugar donde se localiza la zona afectada al momento del diagnóstico influye en el pronóstico. Si dicha zona es pequeña, no provoca dolor y se encuentra lejos de la zona de carga, quizá sea suficiente con realizar controles periódicos. Si se detecta antes del colapso óseo, la cirugía conservadora ofrece la mejor oportunidad de mantener la integridad de la cadera. Cuando la cabeza femoral ya se ha aplanado, el tratamiento habitual es el reemplazo total de cadera, mediante el cual se sustituyen las superficies desgastadas por prótesis artificiales. Desde 1993, los resultados de estas intervenciones han mejorado, lo que implica que con el tiempo se requieren menos cirugías de revisión.

Hay que tener en cuenta que la cirugía conservadora no siempre detiene la evolución de la enfermedad. Si persisten las causas que provocaron la necrosis ósea, o si el injerto no cubre toda la zona afectada, la cadera

puede seguir deteriorándose. Asimismo, una intervención conservadora previa puede dificultar técnicamente un futuro reemplazo de cadera y afectar el resultado a corto plazo.

El objetivo realista es lograr una cadera que le permita desenvolverse en la vida diaria con menos dolor, no una curación total. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno le brindan la mayor variedad de opciones; por eso es importante actuar mientras el hueso aún se mantiene intacto.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si presenta un dolor profundo en la ingle que dura más de unas pocas semanas, o si el dolor se extiende al muslo o a la rodilla y no mejora. Solicite una evaluación especializada si los estudios por imagen muestran una zona de hueso necrótico en la cadera, incluso si aún no le duele, ya que zonas más extensas conllevan un riesgo real de empeorar. No espere demasiado si el dolor le impide dormir, trabajar o caminar las distancias habituales. Acuda a urgencias si ha sufrido una lesión o caída en la cadera y no puede apoyar peso en esa pierna, o si aparece un dolor repentino en la ingle tras haber tenido previamente algún problema en la cadera. Si el dolor inguinal comienza durante el embarazo, infórmelo a su médico para que se revise la cadera. Los niños que cojean o que evitan usar una pierna tras una caída también deben ser evaluados a la brevedad.