



## RC082 - AFECTACIÓN COXOFEMORAL EN LA HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA (HEDI): ESTUDIO TRANSVERSAL

M.T. Clavaguera Poch<sup>1</sup>, E. Armengol<sup>3</sup>, M. Buxó<sup>4</sup>, M. Valls<sup>1,2</sup>, E. de Cendra<sup>2</sup>, M.C. Rodríguez-Jimeno<sup>3</sup> y P. Reyner<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Trueta. Girona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Santa Caterina. Salt. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Palamós. <sup>4</sup>Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDBGI). Departamento de Bioestadística. Girona.

### Resumen

**Introducción:** La afectación coxofemoral de la HEDI o enfermedad de Forestier-Rotés es con frecuencia mal diagnosticada de coxartrosis, especialmente cuando es la manifestación inicial de la enfermedad o en pacientes con escasa afectación vertebral. La identificación correcta de esta patología puede tener implicaciones terapéuticas considerables.

**Objetivos:** 1) Describir la prevalencia y las características de la afectación coxofemoral de nuestra cohorte de pacientes con HEDI y, 2) Evaluar la asociación esta manifestación extraespinal a las variables estudiadas con el objetivo de proseguir en el estudio de los distintos fenotipos de la enfermedad hiperostósante.

**Métodos:** Estudio trasversal de pacientes con HEDI que cumplieran criterios clasificatorios de Resnick y/o Utsinger. La cohorte proviene de 3 centros hospitalarios de la provincia de Girona. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, clínicos y de imagen (radiográficos y ecográficos de las entesis cuando no se dispuso de radiología simple). La variable principal de estudio fue la afectación coxofemoral definida como la hiperostosis del anillo acetabular en forma de excrescencias óseas. Se dividió la cohorte entre pacientes con y sin afectación coxofemoral. Se realizó un análisis descriptivo univariante con medias y desviaciones estándar, frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de los datos se comprobó mediante el test de Shapiro-Willis. El análisis bivariante, para las variables cualitativas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se empleó la prueba de t de Student si los datos seguían una distribución normal, y en caso contrario mediante el test de U de Mann-Whitney. El nivel de significación considerado fue de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 58 pacientes incluidos el 67,2% fueron varones. La mediana de edad de la cohorte fue de 69,4 años (44-89). La evolución media de la enfermedad fue de 14,8 ( $\pm 9,3$ ) años. Aunque el síntoma inicial más frecuente fue el dolor vertebral dorsolumbar en un 39,7%, un 13,8% presentaron coxalgia como debut. Sólo el 15,5% tuvieron un peso normal (51,7% IMC  $> 25$  kg, 32,8% IMC  $> 30$ ). La afectación coxofemoral se identificó en el 53,4% con ausencia de afectación del cartílago en el 61,3% de ellos. En todos el dolor fue de características mecánicas y un 67,7% refería limitación funcional. La comparativa de ambos grupos se expone en la tabla. En el análisis bivariante, la afectación coxofemoral se asoció al sexo femenino, a una limitación en la exploración

física de la distancia intermaleolar (IM), a la presencia de entesopatías en trocánter mayor, espinas ilíacas superiores (EIS), y la entesis rotuliana distal. La afectación de cadera se relacionó de forma significativa con el patrón mixto frente los otros fenotipos de la enfermedad (axial o periférico).

Comparativa de los pacientes con afectación coxofemoral (N = 58)

HEDI n = 58 (n/%)	Sin afectación CF n = 27 (46,6%)	Con afectación CF n = 31 (53,4%)	Valor p
Edad (años)	70,1 ( ± 9,7)	68,7 ( ± 11,3)	0,0625
Sexo (n/%)			
Varones	23 (59)	16 (41)	0,007
Mujeres	4 (21)	15 (78,9)	
Tabaco (n/%)			
No fumador	10 (17,2)	20 (34,5)	0,089
Exfumador	10 (17,2)	8 (13,8)	
Fumador	7 (12,1)	3 (5,2)	
Peso			
Normal	2 (3,4)	7 (12,1)	0,031
Sobrepeso	19 (32,8)	11 (19)	
Obesidad	6 (10,3)	30 (22,4)	
Síntoma inicial (n/%)			
Coxalgia	2 (3,4)	6 (10,3)	0,616
Exploración			
IM (X/DE)	87,8 ( ± 15,2)	75,3 ( ± 16,6)	0,006
Criterios clasificatorios			
Resnick (n/%)	23 (85,2)	24 (77,4)	0,452
RX columna + (n/%)			
CC n = 46	17 (37)	21 (45,7)	0,623
CD n = 55	23 (41,8)	27 (49,1)	
CL n = 58	22 (37,9)	27 (46,6)	
Entesis (n/%)			
TM n = 58	4 (6,9)	21 (36,2)	0
EIS n = 58	12 (20,7)	24 (41,4)	0,01
Codos n = 37	10 (27)	15 (40,5)	0,565
TQD n = 50	13 (26,5)	20 (40,8)	0,3
TRP n = 50	4 (8)	10 (20)	0,258
TRD n = 50	1 (2)	8 (16)	0,02
Aquiles n = 46	13 (28,3)	25 (54,3)	0,051
Fascia plantar n = 47	9 (19,1)	19 (40,4)	0,16
Patrones n = 41			
Axial	11 (26,8)	4 (9,8)	0,003
Mixto	4 (9,8)	17 (41,5)	
Periférico	2 (4,9)	3 (7,3)	

CF: coxofemoral; IM: distancia intermaleolar; Rx columna +: signos hiperostosis; CVC: columna cervical; CD: columna dorsal; CL: columna lumbar; TM: trocánter mayor; EIS: espinas ilíacas superiores; TQD: tendón cuádriceps distal; TRP: tendón rotuliano proximal; TRD: tendón rotuliano distal.

**Conclusiones:** La afectación coxofemoral se ha descrito en más del 50% de los pacientes. Hemos hallado que fue más frecuente en mujeres y en el fenotipo de extensa osificación (patrón mixto). La medición de la distancia IM podría ser útil para la evaluación clínica de esta afectación. La osificación de otras entesis del anillo pelviano se asociaron a la hiperostosis acetabular con más frecuencia que en otras localizaciones.

## **Bibliografía**

1. Jung-Mo Hwang, Deuk-Soo Hwang, Chan Kang, Woo-Yong Lee, et al. Arthroscopic Treatment for Femoroacetabular Impingement with Extraspinal Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis. Clin Orthop Surg. 2019;11:275-81.