

Cartas al Editor

Osteoporosis transitoria de ambas caderas en el embarazo

Transient osteoporosis of both hips in pregnancy

Sr. Director:

La osteoporosis transitoria de cadera (OTC) puede presentarse en el contexto del embarazo. En este caso, suele manifestarse en el último trimestre y, en menor medida, antes o en el posparto. Acostumbra a ser unilateral y con mayor preferencia por el lado izquierdo¹⁻³. Por su carácter menos habitual, presentamos el caso de una OTC bilateral, con mayor afectación del lado derecho, en el transcurso del quinto mes del embarazo.

Se trata de una mujer de 34 años, primípara y con antecedente destacable de una OTC idiopática de la cadera izquierda, acaciaida 6 años antes. En el quinto mes de embarazo y sin otro desencadenante conocido, comenzó a tener dolor focalizado en la nalga derecha que fue atribuido a un síndrome del piramidal. Posteriormente, el dolor se localizó en la parte externa de la cadera derecha y fue valorado como una probable trocanteritis. Ante la falta de mejoría, fue remitida a la consulta de Reumatología en el séptimo mes del embarazo. Refería dolor en la parte externa de ambas caderas, más acusado en la derecha, acompañado de importante impotencia funcional. Dicho dolor se agravaba con la carga y la deambulación, obligándole a llevar muletas. En la exploración destacaba dolor y limitación en la abducción y rotación externa de la cadera derecha, sin detectar alteraciones en otras zonas del aparato locomotor. De otro modo, en la analítica no se observó un aumento de reactantes de fase aguda, siendo el factor reumatoide, los anticuerpos antipéptidos citrulinados y el HLAB27 negativos. No se hizo estudio radiológico ni gammagráfico debido al embarazo. Ante la sospecha de una OTC, fue tratada con paracetamol, fisioterapia y descarga articular. En el posparto, se realizó una radiografía que no mostró alteraciones y una RM en la que se informó de: «edema medular intraespongioso cefálico e intertrocantereo derecho y cefálico izquierdo, sin signos de osteonecrosis ni de sacroileítis; todo ello, indicativo de una OTC bilateral» (fig. 1). Tras el parto, tuvo una mejoría progresiva y la sintomatología desapareció a los 2 meses del mismo. En un segundo control, en el octavo mes del posparto, se constató un restablecimiento de la normalidad en las imágenes de la RM (fig. 2).

La OTC secundaria al embarazo tiene una prevalencia difícil de evaluar. Suele presentarse en el último tercio del embarazo y, en menor medida, antes o en el posparto. Su patogenia no está clara y, por eso, se involucran diversos factores: microtraumatismos, microfracturas trabeculares por disminución de la masa ósea en el embarazo, alteraciones circulatorias propias del embarazo y compresión del nervio obturador o del simpático pelviano por el útero grávido. Clínicamente, suele cursar con dolor inguinal o en zonas adyacentes a la cadera, de ritmo mecánico, acompañado de impotencia funcional. Tiene preferencia por la cadera izquierda, supuestamente por la presentación cefálica del feto, que pudiera

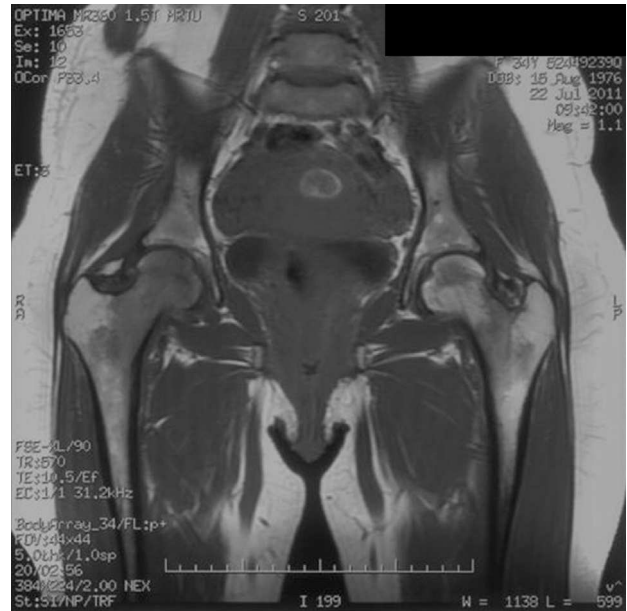


Figura 1. RM indicativa de una OTC bilateral.



Figura 2. Restablecimiento de la normalidad en la RM.

favorecer microtraumatismos repetidos en dicha zona. La afectación bilateral resulta más excepcional. De igual modo, se han descrito formas migratorias hacia la rodilla, el tobillo o el pie. El estudio analítico no aporta alteraciones, salvo las propias del embarazo. Inicialmente, la radiografía es normal y, posteriormente (1-2 meses aproximadamente), puede verse una desmineralización homogénea, sin afectarse la interlínea articular. De manera precoz, la gammagrafía muestra una hipercaptación del isótopo en el cotilo y el fémur. La RM es primordial en el diagnóstico, mostrando edema en la zona afectada y descartando una osteonecrosis, como en el caso que nos ocupa. Es conveniente hacer un diagnóstico diferencial con otros problemas de la cadera (osteonecrosis, enfermedad reumática inflamatoria, enfermedad infecciosa, enfermedad metabólica, enfermedad de la sinovial, neoplasias, osteomalacia y contexto traumático) o con trastornos de zonas próximas (lumbar, sacroilíacas, sínfisis del pubis, uro-genital y digestiva). El tratamiento se basa en la descarga de la articulación, la analgesia y la rehabilitación. Habitualmente, tiene una evolución favorable hacia la recuperación sin secuelas en un plazo variable (2 meses a 1 año). No obstante, se ha descrito algún caso que ha derivado hacia una osteonecrosis o fractura del cuello femoral¹⁻⁸.

En suma, consideramos necesario descartar la presencia de una OTC ante todo dolor inguinal o en zonas limítrofes de la cadera en una mujer embarazada. De igual manera, es importante para su diagnóstico temprano la utilización de la gammagrafía y la RM cuando las circunstancias lo permitan. Asimismo, el tratamiento precoz para conseguir una rápida recuperación del proceso. Por último, es conveniente vigilar una posible evolución hacia una osteonecrosis o una fractura del cuello femoral.

Bibliografía

1. Curtiss PH, Kincaid WE. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. A report of three cases. *J Bone Joint Surg.* 1959;41:1327-33.
2. Lequesne M. Transient osteoporosis of the hip: a non traumatic variety of Sudeck's atrophy. *Ann Rheum Dis.* 1968;27:463-71.
3. Bruscas Izu C, Calatayud Pérez JB, Gracia Galve A, Arregui Calvo R. Distrofia simpático refleja en el post-parto. *Ann Med Interna (Madrid).* 2002;19:57-8.
4. Ruy-Díaz García A, González-Herranz J, Ballesta de Vicente F, Rodríguez Ferrol P. Osteoporosis transitoria de la cadera. Revisión de aspectos clínicos y terapéuticos a propósito de un caso. *Rev Esp Cir Osteoart.* 1994;29:163-9.
5. Sellami M, Frikha F, Fourati H, Ezzedine M, Hdiji N, Elleuch MH. Algodystrophy of the lower limbs during pregnancy. *Ann Readapt Med Phys.* 2006;49:178-86.
6. Moltó A, Holgado S, Mateo L, Olivé A. Osteoporosis transitoria de cadera y embarazo. *Med Clin (Barc).* 2010;135:678-9.
7. Ribes Iborra J, Fargueta Roig I, Martí-Bonmati L. Diagnóstico precoz de la osteoporosis transitoria de la cadera versus necrosis isquémica de la cabeza femoral. ¿Existen realmente signos diferenciales? *Rev Cir Osteoart.* 1996;31:163-9.
8. Vergara-Ferrer A, Cornet-Flores B, Sevillano González L. Osteoporosis transitoria del embarazo complicada con fractura subcapital de cadera: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Ortop Traumol.* 2011;55:215-9.

Carlos Bruscas Izu^{a,*} y Sara San Juan de la Parra^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital de la Defensa, Zaragoza, España

^b Servicio de Alergología, Hospital de la Defensa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosbruscas@hotmail.com (C. Bruscas Izu).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.01.009>

Meningitis aguda en la enfermedad de Behçet

Acute meningitis in Behcet's disease

Sr. Editor:

La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis oclusiva recidivante crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de úlceras orales, úlceras genitales e inflamación intraocular, con menos frecuencia afectación cutánea, articular, vascular, digestiva y neurológica¹.

La presencia de manifestaciones neurológicas en el contexto de una EB constituye lo que se denomina neurobehçet, caracterizado en la mayoría de los casos por la presencia de meningitis aséptica, signos cerebelosos, hipertensión intracraneal y alteraciones piramidales². Describimos el caso de un varón de 34 años, con antecedente de EB, que presentó alteración del estado de consciencia y signos meníngeos; se estableció el diagnóstico de neurobehçet y se obtuvo una respuesta clínica favorable al tratamiento con triple terapia inmunomoduladora.

Se trata de un varón de 34 años, natural de España, con EB, en quien se estableció el diagnóstico por la presencia de úlceras orales, genitales y episodios repetitivos de uveítis anterior 3 años atrás; se encontraba en tratamiento con prednisona a dosis de 5 mg/día y ciclosporina A. Ingresó al servicio de urgencias por haber presentado 24 h antes un episodio autolimitado de pérdida de consciencia y posteriormente cefalea y vómitos. El examen físico general y las constantes vitales fueron normales, salvo por la presencia de rigidez nuchal en la exploración neurológica. No se evidenció actividad de la enfermedad al momento de la evaluación inicial.

Se ordenó aislamiento inverso por sospecha de síndrome meníngeo secundario infección intracraneal en paciente

inmunosuprimido. Durante la observación en el servicio de urgencias se realizó un hemograma, que mostró recuento leucocitario de 4.130 E9/l sin desviación izquierda, hemoglobina 11,5 mg/dl, hematocrito 36%; velocidad de sedimentación globular 12 mm/h; lactato deshidrogenasa 97 U/l; proteínas totales 6,2 g/l y albúmina 3 g/l, y tomografía computarizada craneal sin alteraciones estructurales significativas.

En concordancia con la clínica de cefalea y meningismo, se realizó una punción lumbar, no concluyente por técnica traumática; no se obtuvo una segunda muestra. A pesar de ello, el paciente ingresó a cargo del servicio de neurología, con antibioterapia por vía intravenosa empírica con ceftriaxona y vancomicina, así como cobertura antiherpética con aciclovir.

Durante su ingreso se realizó una segunda punción lumbar, obteniendo glucosa 56 mg/dl, proteínas 68 mg/dl y leucocitos 600/μl (90% polimorfonucleares, 10% linfocitos). Ante el hallazgo de pleiocitosis de predominio polimorfonuclear, se solicitó resonancia magnética (RMN) cerebral (fig. 1), que evidenció afectación de la protuberancia con extensión a pedúnculo cerebral izquierdo apareciendo isointenso en T1, hiperintenso en T2 (fig. 2) y flair, e hipointenso en IR T1.

Los estudios microbiológicos con tinción de Gram y Ziehl-Neelsen, cultivos del líquido cefalorraquídeo (incluido Lowenstein), proteína C reactiva para virus herpes, serología frente a Brucella y Borrelia fueron negativos. También se descartaron otras posibles causas dentro del diagnóstico diferencial etiológico, teniendo en cuenta el antecedente de inmunosupresión: virus varicela zóster, herpes virus, sífilis, citomegalovirus, Cándida y linfomatosis meníngeas.

Fue valorado por el servicio de neurología, que consideró la posibilidad diagnóstica de neurobehçet, ante la persistencia de los síntomas pese al tratamiento antibiótico y los antecedentes clínicos