

OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA RELACIONADA CON EL EMBARAZO

Dres. Ramiro M. Barrera, Martín González, Alfredo De Cicco

La osteoporosis transitoria de cadera relacionada con el embarazo (OTCE) es una afección que se presenta por lo general en el tercer trimestre del embarazo, caracterizándose por dolor severo en la ingle o en el muslo, asociado a una pronunciada osteopenia de una o ambas caderas.

El cuadro clínico característico de la OTCE no es específico. El dolor usualmente comienza en forma progresiva y evoluciona a su máxima intensidad en el final del tercer trimestre del embarazo, cediendo gradualmente durante los primeros meses del postparto.

El dolor empeora con la carga ocasionando una posición antálgica del miembro inferior que cede con el reposo sin observarse grandes restricciones del movimiento.

Existen numerosas teorías que tratan de explicar la causa de este síndrome, y entre ellas se encuentran: comprensión mecánica del nervio obturador durante el embarazo¹, deterioro del retorno venoso, manifestación no traumática de una atrofia de Sudeck y algodistrofia primaria de la cadera². Si bien estas teorías intentan unificar y explicar las manifestaciones de este cuadro, ninguna de ellas es aceptada ampliamente.

La única característica reproducible y objetivable de esta condición es que el mineral se pierde de la cadera (osteopenia), como se observa en las radiografías. La llamada osteoporosis transitoria se debe a una reducción de masa ósea (mineral y colágeno)².

CASO

Una mujer de 24 años, sin antecedentes de traumatismo previo, en agosto de 1999, en el octavo mes de embarazo, comenzó con dolor lumbar, con propagación a ambos glúteos. Gradualmente este síntoma fue incrementándose, localizándose luego en ambas caderas con propagación a muslo, presentando su mayor intensidad a los siete días posterior al parto.

El examen físico evidenció movilidad completa con dolor de ambas caderas, que se exacerbaba con las rotaciones internas en flexión. En la radiografía se observó disminución de la densidad ósea con adelgazamiento de la cortical de ambas cabezas femorales en su porción súpero externa (fig. 1 y 2). La resonancia magnética nuclear (RMI) evidenció hipointensidad en T₁ con leve hiperintensidad en T₂ a nivel subcortical de ambas cabezas, hallazgos compatibles con edema medular subcortical (fig. 3).



Figura 1. Disminución de la densidad ósea en ambas caderas.



Figura 2. Osteoporosis de cadera izquierda.

El tratamiento implementado fue antiinflamatorios no esteroides (AINES), descarga con muletas, calcio y calcitonina.

La paciente continuó con síntomas similares durante tres meses, presentando posteriormente dolor predominante en cadera izquierda, realizándose en ese momento una densitometría ósea que evidenció moderada osteopenia del cuello femoral izquierdo.

En enero del 2000 presentó una evolución favorable de los síntomas con escaso dolor en cadera derecha y mejoría en la izquierda.

Se indicó continuar con descarga usando muletas hasta la disminución de los síntomas en la cadera izquierda. En marzo del 2000 comenzó a liberar el apoyo hasta estar asintomático en mayo de ese año, observándose en la radiografía de caderas en esos días una mejoría de la densidad ósea.

DISCUSIÓN

La relación entre osteoporosis y embarazo fue aceptada por algunos autores y negada por otros. Esto posiblemente se deba a que el origen de esta patología todavía no está del todo claro³.

Últimamente se propuso que esta afección correspondería a un desorden consistente en un aumento del recambio óseo⁴. Existirían numerosos focos en la cabeza femoral desencadenados por un estímulo desconocido, que iniciarían una resorción osteoclástica intensiva manifestada por una disminución de la densidad radiológica. En este momento el hueso es débil y vulnerable a las microfracturas, las cuales podrían ser la causa del dolor en estos pacientes. Luego el hueso es remodelado y remineralizado durante el período de formación.

Por otro lado, los factores químicos y hormonales característicos del embarazo jugarían el rol más importante como estímulo que activarían los cambios en el contenido mineral del hueso. También es posible que la etiología de la OTCE sea multifactorial⁵.

Si bien el diagnóstico de este síndrome no es difícil si se está familiarizado con sus características es importante descartar causas comunes y raras de dolor en cadera en el adulto (tabla 1).

Los cambios radiológicos consisten en disminución de la densidad ósea en la cadera y reacción periosteal a lo largo del cuello femoral⁶. Estas modificaciones no se desarrollan hasta las tres a seis semanas después del comienzo de los síntomas, observándose mejoría de las imágenes cuatro a seis meses posteriores a la desaparición de las manifestaciones clínicas⁷ (fig. 4).

Diferentes tipos de tratamientos fueron propuestos. Entre ellos se incluyeron a: corticoides, AINES, reposo en cama, tracción de partes blandas, fisioterapia, bloques simpáticos, descarga del miembro inferior, calcio y calcitonina³. Ninguno de estos regímenes de tratamiento parecieran alterar el curso naturalmente benigno de esta patología. Sin embargo el reposo en cama y la limitación de la carga serían medidas fundamentales que evitarían que microfracturas se conviertan en fracturas patológicas⁸.

CONCLUSION

La OTCE es una enfermedad del tercer trimestre del embarazo, de evolución benigna y causa desconocida.

Tabla 1. Causas comunes y raras del dolor en cadera en el adulto

Osteoartritis
Fractura por stress de cuello femoral
Necrosis ósea vascular
Lisis de sínfisis de pubis
Artropatías reumáticas
Patologías tumorales y pseudotumorales
Condromatosis sinovial
Sinovitis vellonodular

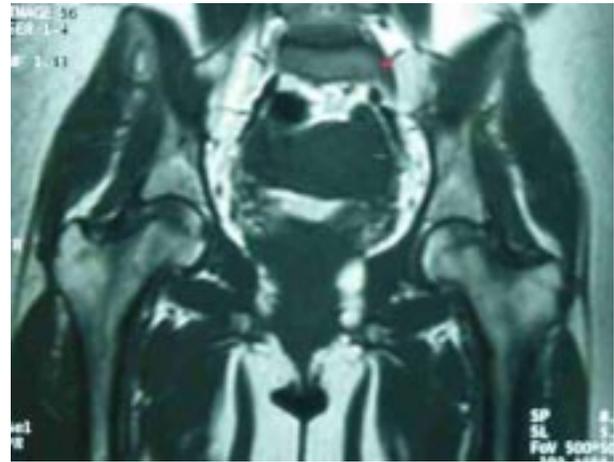


Figura 3. Resonancia magnética nuclear (RMI) que muestra edema medular subcortical en cabezas femorales.



Figura 4. Radiografía de cadera izquierda nueve meses después del comienzo de los síntomas con mejoría de la osteoporosis y desaparición de los síntomas.

Ante una embarazada con el cuadro clínico característico se debe sospechar OTCE, corroborarla mediante radiografías y limitar el apoyo para así impedir una fractura patológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curtiss P, Kingald W. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. *JBJS* 1959;7(41-A):327-9
2. Brodell J, Burns J, Heiple K. Transient osteoporosis of the hip of pregnancy. Two cases complicated by pathological fracture. *JBJS* 1989;8(71-A):1252-7
3. Kaplan S, Stegman, C. Transient osteoporosis of the hip. A case report and review of the literature. *JBJS* 1985;3(67-A):490-3
4. Shifrin L, Reis N, Zinman, H. et al. Idiopathic transient osteoporosis of the hip. *JBJS* 1987;5(69-B):769-73
5. Longstreth P, Malinak L, Hill C. Transient osteoporosis of the hip in pregnancy. *Obstet and gynec* 1973;41:563-9
6. Chigira M, Watanabe H, Udagawa E. Transient Osteoporosis of the hip in the first trimester of Pregnancy. A case report and review of Japanese Literature. *Arch Orthop and Traumat Surg* 1988;107:178-80
7. Bloem J. Transient osteoporosis of the hip: MR imaging. *Radiology* 1988;167:753-5
8. Beaulieu J, Dean Razzano C, Levine R. Transient osteoporosis of the hip in pregnancy. Review of the literature and a case report. *Clin Orthop* 1976;115:165-8