

Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias”.
Facultad Calixto García Iníiguez, ISCMH

Osteoporosis regional transitoria. Presentación de un caso

Dra. Ariana Isla Valdés,¹ Dr. Jorge Requena Llibre,¹ Dra. María Dolores Zayas León,¹ Dr. Ramón Pérez Espinosa¹ y Dr. Giraldo Guillermo Sixto Bustelo¹

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente primigesta, la cual a partir de las 34 semanas de embarazo comenzó con dolor en la articulación coxofemoral izquierda y posteriormente la derecha, que se incrementó al punto de imposibilitarle la marcha, por lo que se le realizó cesárea a las 39 semanas. Posterior a la cesárea se comprueba que existe una osteopenia severa. Por el cuadro clínico presentado, los complementarios realizados y la recuperación total, se concluyó el diagnóstico de osteoporosis regional transitoria, entidad que aparece aun en gestantes sanas y con requerimientos de calcio considerados aceptables. La deambulación y la desaparición del dolor se lograron en un período de 3 meses.

Palabras clave: Osteoporosis regional transitoria.

Durante el embarazo las afecciones ortopédicas son infrecuentes; el organismo materno se prepara con el influjo hormonal para favorecer el desarrollo del mismo sin provocar limitación funcional en ningún sistema, incluyendo el osteomioarticular.

El síndrome de osteoporosis regional transitoria es el apropiado para definir esos cambios que ocurren a nivel del hueso y que afectan las regiones metafisiarias y periarticulares de forma reversible, con ausencia de factores desencadenantes (inmovilización o traumas).¹⁻⁴

En algunas gestantes durante el tercer trimestre puede aparecer una afección de etiología no precisada de instalación gradual, caracterizada por episodios dolorosos e hinchazón variable de las articulaciones, que se desarrollan rápidamente y se acompaña en ocasiones de derrame, presenta una duración de 3 a 10 meses, esta afección se autolimita y la recuperación es total.⁴⁻⁷

Como consecuencia de la gestación, el organismo de la mujer sufre importantísimos cambios y esta fenomenología del embarazo está determinada por 3 grupos de causas.

1. *Hormonales*: los cambios endocrinos del embarazo son responsables de buen número de variaciones en las correlaciones fisiológicas.
2. *Nutricionales*: la adaptación de la nutrición materna a las necesidades fetales y la repercusión del metabolismo fetal sobre el materno añaden un buen número de cambios.
3. *Mecánicos*: el progresivo aumento de volumen del vientre y su repercusión sobre la estática, la circulación y las vísceras maternas, es también un factor nada despreciable.

Estos cambios gravídicos no deben ser considerados como patológicos, sino reacción adaptativa al desarrollo fetal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) al definirlos insiste en ese carácter adaptativo y propone llamarlos “mecanismos de ajuste materno fetales”.

Dentro de los cambios generales en el metabolismo mineral se produce una disminución de la calcemia que se hace más evidente durante el tercer trimestre del embarazo, donde el calcio de la reserva materna y dieta va a participar en la formación ósea fetal (mineralización del esqueleto fetal).

En la dieta de la embarazada deben administrarse 1,5 g/día de calcio desde el inicio de la gestación, pues es necesario crear una reserva adicional en los tejidos maternos y de ahí la necesidad de ingerir el calcio en el tercer trimestre del embarazo.

MÉTODOS

Se analizó la historia clínica 308464, de una paciente gestante con diagnóstico de osteoporosis regional transitoria a las 34 semanas de gestación, a la cual se le realizó examen físico e investigaciones complementarias que ayudaron al diagnóstico de la misma los cuales incluyeron:

1. Hemograma con diferencial.
2. Velocidad de sedimentación globular.
3. Creatinina.
4. Electroforesis de proteínas.
5. Plaquetas.
6. Lípidos totales.
7. Ácido úrico.
8. Factor reumatoideo.
9. Calcio sangre.
10. Fosfatasa alcalina.
11. Exámenes radiológicos simples de ambas coxofemorales.
12. Ultrasonografía de alta resolución

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente A.G.U., HC 308464, 32 años de edad, de ocupación laboral fiscal. Entre sus antecedentes patológicos personales (APP) nada destacable, igualmente entre los familiares (APF).

Historia ginecoobstétrica: G 1 P 0 A 0

Su fecha de última menstruación fue el 7 de noviembre de 1996.

Atención Prenatal: Captación precoz: 9,5 semanas; Valoración ponderal: normopeso; Normotensa; Curva de Av acorde con edad gestacional; Complementarios iniciales: Hb 12,4 g/L Grupo A+, orina: negativa. VDRL: no reactiva. Exudado vaginal: negativo. Alfafofo proteína: normal.

Ultrasonido de pilotaje: Feto único, DBP 53 mm, LF 38 mm, LA normal, Placenta posterior, Raquis n/s, Cuatro cavidades presentes.

Revaluación: 32 semanas

- Ganancia ponderal de 9 kilos
- Normotensa
- Curva AU con discreto signo de más (por peso fetal)
- Complementarios: Hb 11,8 g/L; Orina negativa; VDRL no reactiva; Exudado vaginal: negativo; Antígeno de superficie negativo.

H.E.A.: Gestante de 34 semanas que acude a consulta refiriendo dolor en región lumbosacra que le provoca enlentecimiento de la marcha, más localizada dicha molestia hacia miembro inferior izquierdo, acompañado de parestesia e irradiación hacia la región posterior del muslo y la rodilla.

Se le orienta reposo, analgésicos e interconsulta con el servicio de Ortopedia, donde se le diagnostica una sacroileitis bilateral claudicante.

ESTADO FÍSICO

Como dato positivo presencia de dolor a los movimientos de las articulaciones coxofemoral izquierda en flexión y abducción, pero sin limitación de los mismos.

Ingresa en nuestro centro con 37 semanas imposibilitada para mantenerse en posición erecta y dificultad marcada para la marcha, aparece el dolor en la región coxofemoral derecha de iguales características que la izquierda, el cual fue incrementándose.

Es valorada en la consulta de Medicina Tradicional (acupuntura) y recibe tratamiento paliativo a nivel de los puntos; 12, 13, 14, 15,16. (pero no fue satisfactoria su evolución).

Se valora el caso en conjunto con el Servicio de Obstetricia y Ortopedia y dada la imposibilidad de mantener una posición ginecológica para el parto transpelviano, se decide la interrupción del embarazo por la vía alta (cesárea electiva).

Se realiza a las 39 semanas de embarazo la intervención con anestesia peridural (punción única L 3-L 4 con bupivacaína 100mg + epinefrina) con resultado satisfactorio.

Se realiza cesárea segmento arciforme sin dificultad, extrayéndose recién nacido masculino, peso 3 460 g , Apgar 9/9, LA claro, cordón normal.

Evolución posoperatoria favorable; alta al séptimo día con seguimiento por el servicio de Ortopedia.

Complementarios posteriores al alta:

- Hg 10,0 g/L
- USG 53 mm y 35 mm

- Factor reumatoideo negativo
- Electroforesis proteína: PT 57 g/L 9/b 36 g/L, T.T 2,4 uds
- Plaquetas 169 x 10 g/L
- Lípidos totales 0,14
- Creatinina 90 mmol/L
- Lámina periférica: hipocromia con anisocitosis.
- Fosfatasa alcalina: 325 uds
- Calcio urinario: 24 horas 2,96 mmol/L

En la ultrasonografía de alta resolución: signos de sinovitis de ambas caderas con contenido ecogénico con predominio de la izquierda, desde la cortical del fémur presenta irregularidad.

Rx coxofemorales (7 días de operada): evidencia de osteopenia severa en ambos huesos coxales con borramiento marcado de regiones acetabular y marcada nitidez de las cabezas femorales.

DISCUSIÓN

A las 7 semanas de realizada la cesárea la imagen radiológica se mantenía igual. Su recuperación total fue a los 4 meses de realizada la cesárea.

En esta paciente cuya sintomatología principal referida era el dolor a nivel de las caderas que le imposibilitaban la marcha, fue algo difícil concretar un diagnóstico inicial por lo que se realizaron varios planteamientos:

- Sacroileitis bilateral.
- Síndrome de distrofia simpático-refleja de caderas.
- Necrosis avascular.

Aunque no pudieron realizarse algunos estudios tales como densitometría ósea (por estar lactando) los estudios radiológicos simples y algunos humorales como la VSG y la fosfatasa alcalina, fueron evidencias de esta enfermedad.

La recuperación fue lenta, aproximadamente 3 meses, donde el reposo y los analgésicos fueron el tratamiento inicial para el dolor, además del aporte de 2 g diarios de calcio que ayudaron a la recuperación con una fisioterapia de apoyo.

IMÁGENES RADIOLÓGICAS EVOLUTIVAS

A los 7 días de operada: borramiento casi total de región acetabular y gran nitidez de la cortical de cabeza femoral de ambas coxofemorales.

Siete semanas después de operada: se mantiene la imagen radiológica anterior.

Cuatro meses después de operada: recuperación total, donde ya se evidencia perfectamente la remodelación ósea acetabular y cabeza femoral.

Se concluye que la aparición de la osteoporosis regional transitoria en el tercer trimestre del embarazo con predominio en la articulación coxofemoral, debe de ser del

conocimiento de los obstetras, aunque la incidencia de esta entidad sea baja en nuestra población. Esta entidad puede aparecer en gestantes sanas, aún con un suplemento dietético diario adecuado. En el período gestacional (tercer trimestre) y puerperal se pueden realizar estudios radiológicos simples de la articulación, además eritrosedimentación y fosfatasa alcalina como complementarios auxiliares. La osteoporosis regional transitoria cuando aparece en el tercer trimestre de embarazo sin otro factor asociado tiene recuperación de la capacidad funcional de la articulación de forma lenta pero total. La suplementación de calcio durante el embarazo desempeña una importante función para prevenir esta entidad en el embarazo.

SUMMARY

Transient regional osteoporosis. A case report

This paper presents the case of a primigravid patient, who at 34 weeks of pregnancy began experiencing pain first in left coxofemoral joint and then in the right one. The pain got so intensive that made walking impossible for her, so it was decided to perform cesarean section at her 39 weeks of pregnancy. After the cesarean section, a severe osteopenia was detected. Owing to the clinical picture of the patient, the supplementary tests and her total recovery, it was concluded that the final diagnosis was transient regional osteoporosis, an entity that occurs even in healthy pregnant women with adequate calcium requirements. After three months, the patient could normally walk and the pain had disappeared.

Key words: transient regional osteoporosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanch J, Pacifici R, Chines A. Pregnancy associated osteoporosis. Report two cases. *J Rheumatol* 1994;33:269-72.
2. Martí-Valls J. Osteoporosis transitoria de cadera. *Rev Esp Rheumatol* 1994;21:236-328.
3. Ribera-Zabalbeascua J, Santos-Rodas A, Mella Sousa M, Uceda Carrascosa P, Benito Caparros M. Transient osteoporosis of the hip. *Intern Orthopaedics (SICOT)* 1999;23:244-6.
4. Van de Berg BE, Malghem JJ, Labaisse MA, Noel HM, Maldagne BE. Avascular necrosis and transient marrow o edema of the femoral heau. *Radhiograph* 1993;13:501-20.
5. Botella Llusia. *Tratado de Ginecología*. T I. Cap. 17;33.
6. Curtis PH, Kincaid WE. Transitory desmineralización of the hip in pregnancy. *J Bone Surg* 1959;41:1327-33.
7. Colectivo de au tores. *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Pernatología* 2000;72-6.

Recibido: 11 de abril de 2005. Aprobado: 4 de mayo de 2005.

Dra. *Ariana Isla Valdés*. Hospital Docente Ginecoobtétrico "América Arias". Línea esquina a G, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I grado en Ginecoobstetricia.**