

NECROSIS AVASCULAR BILATERAL DE HÚMERO PROXIMAL. REVISIÓN DE ETIOLOGÍA Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valverde Vázquez, María del Rocío; Meliá Torán, Alejandra; Chiappe, Caterina; Herrero Mediavilla, Daniel
Hospital Arnau de Vilanova – Llíria, Valencia, España

Paciente mujer de 63 años en tratamiento con corticoesteroides tras LOE cerebral presenta omalgia bilateral de larga evolución que no mejora a pesar de rehabilitación. Antecedente de necrosis avascular en ambas caderas, intervenidas quirúrgicamente con artroplastia total de cadera. Movilidad activa y pasiva muy limitadas (sobre todo hombro izquierdo)

Radiografías:
NAV de hombro izquierdo grado IV de Cruess y NAV de hombro derecho grado III de Cruess



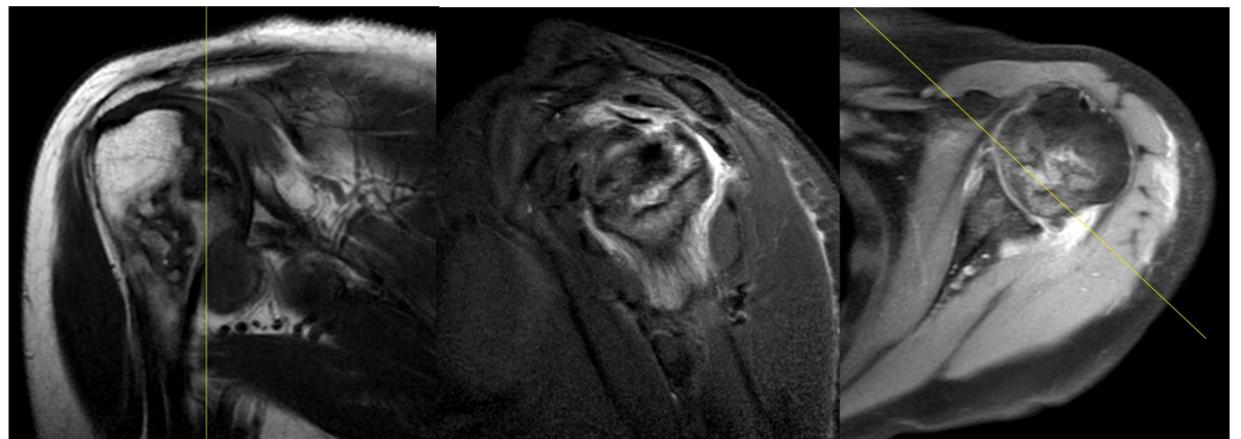
La cabeza humeral se considera la segunda localización más frecuente de osteonecrosis no traumática. Suele ser bilateral y secundaria a enfermedades metabólicas, anemia falciforme, consumo de alcohol, disbarismo o, lo más frecuente, el tratamiento con corticoesteroides.

Su sintomatología inespecífica, y de aparición tardía, se traduce en el diagnóstico en estadios avanzados, lo que supone una gran morbilidad para el paciente



TC izquierdo: severa artrosis glenohumeral secundaria a osteonecrosis de la cabeza humeral, con afectación de la superficie articular y alteración de la congruencia articular.

RM: El estudio muestra signos establecidos de necrosis avascular en la cabeza humeral y cuello y porción proximal de la diáfisis humeral (halo periférico hipointenso, en la porción central hiperintensa). Existe además una pérdida de volumen con colapso de rectificación de la cabeza humeral. Los hallazgos se completan con un derrame articular glenohumeral.

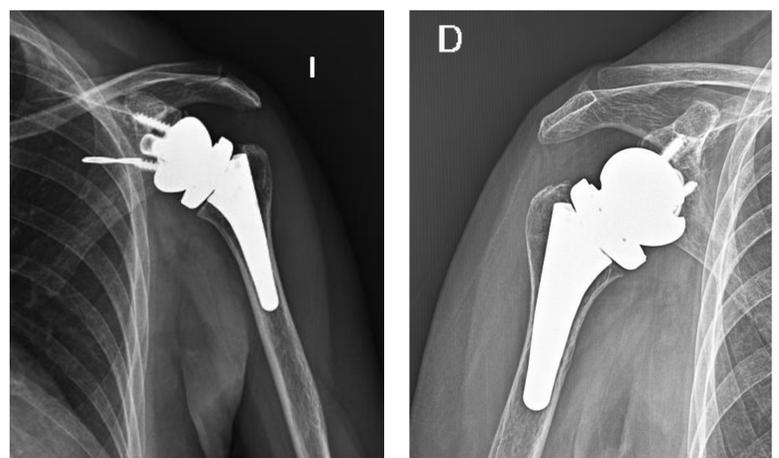


La literatura actual no aporta evidencia sobre el tratamiento óptimo en cada estadio de evolución de la enfermedad, si bien se recomienda cirugía de preservación de la articulación en estadios precoces (desbridamiento artroscópico o cirugía de descompresión) y artroplastia en estadios más avanzados.

La paciente es intervenida de prótesis invertida de hombro (PIH) izquierdo. Movilidad flexión y abducción 130, RE 60, RI a L1-2. No dolor, solo leves molestias muy tolerables.

Ante buenos resultados tras PIH izquierda y mala evolución clínica de NAV hombro derecho, la paciente es intervenida también de PIH derecho.

Tras más de un año de seguimiento de ambas cirugías se encuentra sin dolor, con una abducción de 130° y 120° (izquierdo y derecho, respectivamente), una RE de 60 y una RI a L1 y L2 respectivamente. Constant hombro izquierdo y derecho respectivamente: 87 y 79 (secuela hemiparesia derecha por LOE cerebral)



Una detección temprana puede afectar al pronóstico y al tratamiento de la osteonecrosis humeral, ya que estos pacientes son relativamente jóvenes y el desafío de la artroplastia de hombro sigue siendo su longevidad. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con omalgia que tengan factores predisponentes. La RM es la prueba de imagen más sensible y específica para su diagnóstico, sobre todo en estadio I de Cruess donde la radiografía simple puede resultar anodina.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA