

# Rigidez de cadera post-COVID secundaria a una miositis osificante

M. Moya Martínez, S. Gil Martín, A. Martín Hernández, A. Bedoya Rozas, D. Borrego Ratero  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Salamanca)

## INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de miositis osificante extrema de cadera izquierda en paciente que sufrió hospitalización prolongada por neumonía bilateral por SARS-COV2.

## CASO CLÍNICO

Varón de 73 años diagnosticado de neumonía bilateral por SARS-COV2, que durante su ingreso de 4 meses presentó dolor inguinal y limitación progresiva para la abducción y rotaciones en la cadera izquierda, que finalmente quedó totalmente rígida.

### PRUEBRAS COMPLEMENTARIAS

A pesar de que el estudio radiológico de la cadera izquierda a los 3 meses no evidenció lesiones óseas agudas, la TAC a los 7 meses sí que mostró una osificación heterogénea extendida desde el techo acetabular izquierdo hasta la región subtrocanterea, siguiendo el trayecto del músculo psoas-íliaco hasta el origen del músculo vasto intermedio, compatible con miositis osificante.

### PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se realizó una exéresis de la osificación heterogénea con abordaje anterior directo (Smith-Petersen), a lo que se añadió radioterapia coadyuvante de 10Gy en el postoperatorio.



## POSTOPERATORIO

La evaluación postoperatoria inmediata apreció una clara mejoría de la función con flexión activa de hasta 80° y rotaciones libres.

A los 4 meses de la intervención, tras realizar tratamiento rehabilitador, logró alcanzar una plena movilidad y funcionalidad en dicha cadera, llegando a alcanzar hasta 110° de flexión pasiva y 45° de abducción. Se recuperó el patrón de marcha normal.

La fuerza muscular se fue recuperando progresivamente (extensores de rodilla grado 3-5; resto de grupos musculares grado 4/5 salvo tríceps sural grado 5/5).

## CONCLUSIONES

La miositis osificante por estrés es una enfermedad rara caracterizada por la formación ósea anormal en respuesta a una inflamación local y sistémica, típica de pacientes politraumatizados críticos/inmovilizados, grandes quemados y más prevalente ante daño neurológico. No se ha demostrado una asociación directa con SARS-COV2. Provoca dolor, efecto "masa" y pérdida progresiva de la movilidad articular relacionada. Su tratamiento debe ser multidisciplinar. Inicialmente el control del dolor, disminuir la inflamación y mantener la movilidad es el objetivo. Si compromete la función articular, deberá extirparse quirúrgicamente, cuando se considere "madura". Es aconsejable el uso coadyuvante de AINEs y/o radioterapia local para evitar recidivas. La rehabilitación se usa para restaurar la función articular/muscular y mejorar la calidad de vida de los pacientes.