

Coxartrosis secundaria a osteopatía de Paget. Comunicación de un caso

Jorge César Paz Usó*

RESUMEN

El diagnóstico de la enfermedad de Paget es una afección muy rara que pocos ortopedistas han tenido oportunidad de tratar. El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico, así como los hallazgos radiográficos y de laboratorio de esta enfermedad. También se describe la evolución de la paciente posterior a ser intervenida quirúrgicamente con un reemplazo total de cadera no cementada y tratamiento previo a la cirugía con medicamentos como bifosfonatos y paracetamol, y determinaciones seriadas en la sangre de fosfatasa alcalina como parámetro para medir el comportamiento de esta osteopatía.

Palabras clave: coxartrosis, enfermedad de Paget, bifosfonatos, fosfatasa alcalina.

ABSTRACT

The diagnosis of the Paget disease is a very rare affection that few orthopedists have opportunity to treat. The objective of this paper is to describe a clinical case, as well as the radiographic and laboratory findings related to this illness. It also describes the evolution of the patient after being surgically intervened with total cement less hip implant and the pre-surgical treatment with drugs such as bisphosphonates and paracetamol, as well as the serial determinations of the alkaline phosphatase in the blood as a parameter to measure the behavior of this osteopathy.

Keys words: coxartrosis, Paget's disease, bisphosphonates, alkaline phosphatase.

El diagnóstico de la enfermedad de Paget en nuestro medio es “anecdótico”, es una afección muy rara que pocos ortopedistas han tenido la oportunidad de tratar, no existen en México estadísticas de la frecuencia de aparición. En Inglaterra, país con mayor frecuencia mundial, es de 3 a 5%; en Estados Unidos es de 1%.¹ Los antecedentes familiares pueden ser positivos para la enfermedad de Paget en casi 40%, y en algunas de estas familias está ligada a un locus del cromosoma 18.^{2,3} Aunque se describió por primera vez en 1876, hasta el momento se

desconoce su origen; se han encontrado inclusiones en el citoplasma y en el núcleo de los osteoclastos, que se asemejan a las nucleocápsides del virus de la rubéola, con positivismo de los anticuerpos monoclonales hacia los antígenos de los paramixovirus, que sugieren un origen infeccioso por este virus.^{4,5}

El objetivo de esta comunicación es comentar los principales hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio, con el propósito de ilustrar sobre la presentación de esta enfermedad en nuestro medio y promover el reconocimiento oportuno de futuros casos, ya que el diagnóstico y el tratamiento adecuado permitirán a los enfermos llevar una vida casi normal, sin secuelas graves como: fracturas patológicas, deformidades óseas, plati-basia, sordera, compresión radicular y, la más temida, la degeneración sarcomatosa que ocurre en 1%.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 64 años de edad, con una abuela inglesa (muy importante por la carga genética de esta enfermedad).

* Médico adscrito al Servicio de Ortopedia, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Jorge Paz. Servicio de Ortopedia, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de las Salinas, 07760, México, DF. Correo electrónico: jorgecpu57@hotmail.com
Recibido: diciembre, 2008. Aceptado: julio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Paz UJC. Coxartrosis secundaria a osteopatía de Paget. Comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir 2009;14(3):145-7.

La versión completa de este artículo también está disponible en:

La paciente acudió por primera vez a consulta por dolor en la ingle izquierda, bloqueo articular, pérdida de fuerza en esta extremidad, marcha claudicante con signo de Trendelenburg positivo por hipotrofia del glúteo medio, con arcos de movilidad: flexión de 45°, extensión de 20°, rotación interna de 10°, externa de 30°, maniobras que fueron muy dolorosas.

En las radiografías se apreció un engrosamiento de las corticales del ilíaco izquierdo, con trabeculación gruesa y tosca; el diámetro transversal de la pelvis estaba estrechado, por la presión de la carga durante el periodo blando de la enfermedad y ensanchamiento del isquion y del pubis y, sobre todo, un pinzamiento articular coxofemoral con deformación inicial de la cabeza femoral (figura 1).



Figura 1. Radiografía de la cadera izquierda. Se observa ensanchamiento de corticales, trabeculación engrosada y pinzamiento coxofemoral.

Se le realizó una serie ósea y se descartó afectación en otros huesos. También se realizó resonancia magnética de la pelvis para descartar invasión a partes blandas (figura 2).

Los exámenes de laboratorio mostraron una determinación de fosfatasa alcalina de 462 UI/L, todos los demás parámetros sanguíneos fueron normales. Con estos datos clínicos y radiológicos se hizo el diagnóstico de enfermedad de Paget variedad monostótica, con pinzamiento articular coxofemoral izquierdo (coxartrosis).

Debido al dolor y a la limitación funcional de dos meses de progresión significativa desde la primera consulta, se decidió realizar cirugía con reemplazo articular total de cadera izquierda.



Figura 2. Resonancia magnética nuclear. Se observa afectación pélvica, partes blandas normales.

La paciente tuvo un diagnóstico oportuno de la enfermedad, a dos meses de inicio de los síntomas. Recibió tratamiento inmediato con medicamentos orales, que fueron bifosfonatos: alendronato, a dosis de 70 mg semanales, 1 g de calcio al día y 400 UI de vitamina D, con el fin de disminuir el proceso activo de la enfermedad, es decir, la reabsorción ósea dada por la actividad osteoclástica desordenada, y para reducir las concentraciones sanguíneas de fosfatasa alcalina a 234 UI/L antes de la intervención quirúrgica. En la cirugía se colocó una prótesis total de cadera no cementada con buenos resultados clínicos, como disminución del dolor en 90% (figura 3), marcha actual sin bastón, arcos de movilidad, flexión de cadera de 90°, extensión de 30°, rotación interna de 45°, externa de 45°. Al año y medio de seguimiento, persistía la hipotrofia del glúteo medio, que sigue ocasionando marcha de Trendelenburg; con concentraciones normales de fosfatasa alcalina en 145 UI/L, que indican que la enfermedad está controlada, no en fase activa, con menos riesgos de diseminación o malignización.

Este estudio se realizó en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE. El tiempo de seguimiento desde que se hizo el diagnóstico y posterior a la cirugía es de un año y seis meses.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget, aunque rara, siempre debe tenerse en mente, debido a que, de no detectarse a tiempo,



Figura 3. Radiografía de la pelvis. Se aprecia prótesis total de cadera no cementada.

el avance de las secuelas deja marcado al paciente, con una muy mala calidad de vida, incluso, puede terminar con ella. El tratamiento oportuno impide el avance de

la enfermedad hacia una proliferación en otros huesos e, incluso, la malignización sarcomatosa.

REFERENCIAS

1. McCarthy EF, Frassica FJ. Pathology of bone and joint disorders. Philadelphia: Saunders, 1998;p:386.
2. Schneider D, Hoffman MT, Paterson JA. Diagnosis and treatment of Paget's disease of bone. Am Fam Physician 2002;65(10):2069-72.
3. Good DA, Busfield F, Fletcher BH, Duffy DL, et al. Linkage of Paget disease of bone to a novel region on human chromosome 18q93. Am J Hum Genet 2002;70(2):517-25.
4. Hosking D, Meunier PJ, Ringe JD, Reginster JY, Gennari C. Paget's disease of bone: diagnosis and management. BMJ 1996;312(7029):491-4.
5. Robey PG, Bianco P. The role of osteogenic cells in the pathophysiology of Paget's disease. J Bone Miner Res 1999;14(Suppl. 2):9-16.
6. Davie M, Davies M, Francis R, Fraser W, et al. Paget's disease of bone: a review of 889 patients. Bone 1999;24:(Suppl. 5):11S-12S.