

Reporte de caso

Síndrome de columna-cadera.

Reporte de cuatro casos

Ávila Ramírez José,¹ Aguilar López Raúl,¹
Rivero Boschert Salvador,¹ Ávila Cervantes Rodrigo¹

RESUMEN

Introducción: La estenosis del canal lumbar y la coxartrosis son patologías que pueden encontrarse simultáneamente en pacientes a partir de la 6a. década de la vida. **Casos:** Se reportan cuatro casos con el síndrome de columna cadera, al caso 2 se le realizó discoidectomía L4-L5, por persistencia del dolor se practicaron Rx de articulación coxofemoral comparativas observándose artrosis izquierda. En los casos 3 y 4 se practicó ampliación del canal lumbar, con lo que se obtuvo remisión de la sintomatología; sin embargo, seis y tres meses después el dolor del MII volvió a presentarse, se repitieron los Rx de articulación coxofemoral y se observó que la coxartrosis había progresado, por lo que se les realizó la artroplastia de la cadera.

Palabras clave: estenosis del canal lumbar, coxartrosis, síndrome de columna cadera, discoidectomía, artrosis.

Rev Mex Neuroci 2006; 7(6): 634-637

Column-hip syndrome. Report of four cases**ABSTRACT**

Introduction: Lumbar canal stenosis and coxarthrosis are pathologies that can be found simultaneously in patients as of the sixth decade of the life. **Cases:** Four cases with column-hip syndrome are reported, to case 2 was made L4-L5 discectomy, because of pain persistence we practiced comparative X-ray of coxofemoral joint being observed left osteoarthritis. In cases 3 and 4 extension of the lumbar channel was practiced, with which symptoms abatement was obtained; nevertheless, six and three months later MII pain returned, repeated X-ray of coxofemoral joint and it was observed that coxarthrosis had progressed, reason why arthroplasty of the hip was made.

Key words: Lumbar canal stenosis, coxarthrosis, column-hip syndrome, discectomy, arthrosis.

Rev Mex Neuroci 2006; 7(6): 634-637

INTRODUCCIÓN

La estenosis del canal lumbar y la coxartrosis son patologías que pueden encontrarse simultáneamente en pacientes a partir de la 6a. década de la vida.¹⁻⁴

El propósito de este reporte es presentar nuestra experiencia de cuatro casos con este síndrome.

MATERIAL CLÍNICO Y MÉTODOS

Reportamos cuatro casos del sexo femenino de 56, 61, 64 y 75 años. Las cuatro pacientes fueron valoradas mediante la escala para la columna lumbar de la Asociación Japonesa de Ortopedia (AJO, total 29 puntos), Rx e IRM, EMG y VCN.

Los casos 2, 3 y 4 cursaban con un síndrome de canal lumbar estrecho y el caso 1 con uno de com-

presión radicular L5, con una evolución de 11 meses a dos años. El seguimiento fue de 18 a 36 meses. De acuerdo con la valoración de la AJO el caso 1 tenía 16 puntos y los otros tres 13. Los Rx de columna lumbar con datos de osteoartrosis y espondilolistesis artrósica en dos. Los casos 2 y 4 con coxartrosis izquierda incipiente. El caso tres con coxartrosis severa bilateral. En la IRM se observó canal estrecho en L3-L4, L4-L5 y L5-S1 en los casos 2, 3 y en el 4 además en L2-L3 y en el caso 1 hernia discal L4-L5. Los estudios neurofisiológicos fueron concordantes con radiculopatía en los niveles afectados. Las pacientes habían sido tratadas con analgésicos, AINE y fisioterapia sin obtener resultados satisfactorios. A las pacientes que cursaban con canal lumbar estrecho se les practicó ampliación del canal y colocación de las prótesis coxofemorales con la técnica descrita.^{5,6}

Caso 2 MATRC 75 años

Cuadro de un año de evolución caracterizado por claudicación neurógena, flexión anterior del tronco, dolor en región inguinal derecha y cara la-

1. Hospital Médica Sur, México, D.F.

Correspondencia:

Dr. José Ávila Ramírez

Hospital Médica Sur, México, D.F.

Correo electrónico: afauiel@hotmai.com

teral del músculo ipsilateral, que se incrementaba con la deambulación. Valorada por ortopedista quien consideró que la coxartrosis era incipiente. Al examen: flexión anterior del tronco a la marcha, dolor en región inguinal y coxofemoral derecha, hipoestesia e hipoalgesia L4 y L5 derecha. Rx de articulación coxofemoral derecha con artrosis incipiente. MRI canal estrecho L2-L3, L3-L4, L4-L5 y L5-S1, severo en los últimos dos niveles. EMG compatible con radiculopatía L4 y L5 derecha. Ampliación del canal lumbar y mejoría de la sintomatología; 3/12 después reinicio del dolor inguinal derecho y claudicación. Rx de articulación coxofemoral con artrosis severa, por lo que se llevó a cabo reemplazo de la cadera. Evolución satisfactoria, no dolor inguinal ni datos compatibles con el síndrome de canal lumbar estrecho, a tres años de seguimiento (Figuras 1-3).

RESULTADOS

Se reportan cuatro casos con el síndrome de columna cadera, al caso 2 se le realizó discectomía L4-L5, por persistencia del dolor se practicaron Rx de articulación coxofemoral comparativas observándose artrosis izquierda. En los casos 3 y 4 se practicó ampliación del canal lumbar, con lo que se obtuvo remisión de la sintomatología; sin embargo, seis y tres meses después el dolor del MII volvió a presentarse, se repitieron los Rx de articulación coxofemoral y se observó que la coxartrosis había progresado, por lo que se les realizó la artroplastia de la cadera. En cuanto al caso 1, fue a la inversa el proceso: primero se le colocaron las prótesis coxofemorales, un año después la paciente presentó datos compatibles con síndrome del canal lumbar estrecho, fue enviada a Fisioterapia sin que se obtuviera mejoría de la sintomatología; ante esto se le practicó una IRM de la columna lumbosacra observándose la presencia de canal lumbar estrecho de L3 a L5-S1; por este motivo, se intervino quirúrgicamente

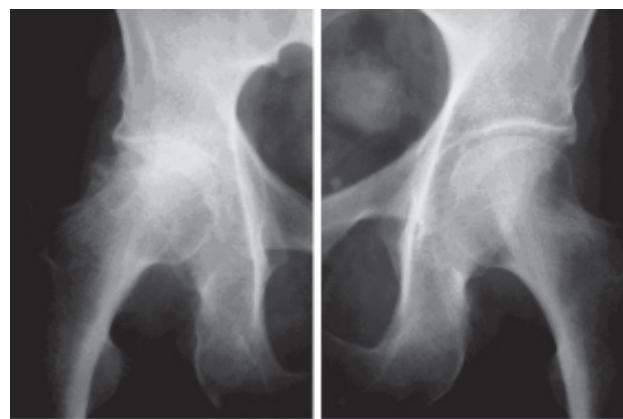


Figura 1. Radiografías comparativas de las articulaciones coxofemorales, preoperatorio, en las que se observa, a la derecha, coxartrosis incipiente. La cadera izquierda es de aspecto normal.

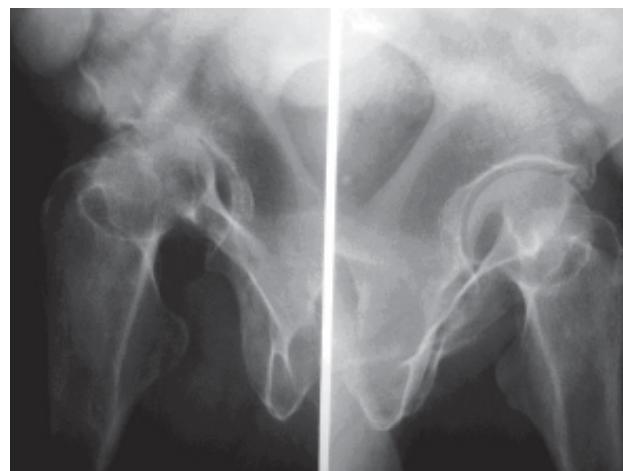


Figura 2. Radiografías comparativas de articulaciones coxofemorales tres meses después de la cirugía de columna. Se aprecia que la coxartrosis derecha es más severa y en la izquierda la articulación coxofemoral permanece de aspecto normal.

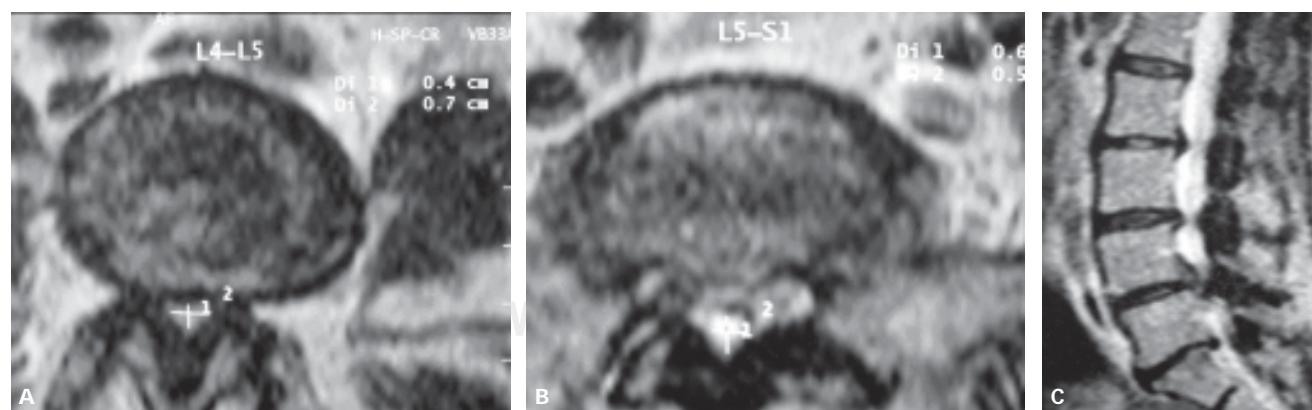


Figura 3. Imágenes de resonancia magnética de columna lumbar. **(A y B)** A nivel de los espacios L4-L5 y L5-S1 se aprecia una estenosis severa del saco dural 0.4×0.7 cm y 0.6×0.5 cm, respectivamente. **(C)** Corte sagital apreciándose la estenosis del saco dural desde L2-L3 hasta L5-S1.

ampliándosele el canal lumbar. La evolución de las pacientes ha sido satisfactoria, el síndrome del canal lumbar estrecho ha remitido y la sintomatología atribuible a la coxartrosis también ha involucionado. La valoración de acuerdo con la escala de la AJO es de 24 a 26. Las pacientes pueden llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y su calidad de vida ha mejorado.

COMENTARIO

Se reportan cuatro casos en los cuales se observó patología en la columna lumbar y en la articulación coxofemoral; en dos de ellos en forma simultánea se detectó patología en ambas regiones; sin embargo, se consideró al canal lumbar estrecho como origen de la sintomatología.⁶ En estos dos después de la descompresión aparentemente se aceleró la degeneración de la cabeza femoral. Orpen y cols.⁷ han descrito esta complicación, sin embargo, en ese grupo los pacientes habían sido mantenidos en hipotensión durante el procedimiento quirúrgico de la columna, hecho que no sucedió en nuestros pacientes. A la paciente con la hernia discal L4-L5 se le practicaron Rx de las articulaciones coxofemorales porque desarrolló claudicación y dolor inguinal; se demostró la presencia de coxartrosis. En el caso restante la mecánica del proceso fue a la inversa, ya que con la sintomatología y los hallazgos radiológicos se consideró que la sintomatología era secundaria a la coxartrosis, por lo tanto la artroplastia de las caderas se llevó a cabo; sin embargo, un año después la sintomatología recidió, entonces se pensó en la posibilidad de un síndrome de canal lumbar estrecho, que fue confirmado con un estudio de IRM, por lo que posteriormente fue intervenida de la columna lumbar.

En un análisis de 97 casos, Brown² concluyó que si estaba presente la claudicación, el dolor en la región inguinal o si se observaba limitación de la rotación interna de la cadera lo más probable sería que se tratara de patología coxofemoral. Los pacientes con dolor inguinal y limitación de la rotación interna de la cadera tenían siete y 14 veces más posibilidades de cursar con un problema de cadera aislado, o uno de cadera y columna, que solamente uno de columna. En otro estudio, McNamara⁸ describió 14 casos en los que se encontraban ambas patologías y nueve de estos 14 presentaron un síndrome de canal lumbar estrecho 9.3 meses como promedio después de haberseles practicado la artroplastia de la cadera, ellos consideraron que si los pacientes presentan claudicación neurógena después de la artroplastia se debe pensar en la presencia de canal estrecho. Hallazgos similares han sido reportados por Khan y cols.,⁹ quienes describieron que el dolor referido por debajo de la rodilla

IIa en los pacientes con osteoartritis de cadera se presenta en 47% y que sigue la distribución del nervio safeno que es rama del nervio femoral. Fogel y Esses¹ describieron a un grupo de pacientes que posterior a la artroplastia de la cadera continuaban o desarrollaban dolor en la región inguinal y la región glútea, en ellos se debería considerar la presencia de una estenosis del canal lumbar. Incluso propusieron llevar a cabo bloqueos para determinar la etiología del dolor. Swezey¹⁰ describe que existe una tendencia a sobrediagnosticar estenosis del canal lumbar sin tener en cuenta la coxartrosis, Bohl¹¹ desde tiempo atrás también describió casos similares.

Con cierto grado de certeza se puede afirmar que en estos casos ambos síndromes coexistían desde el inicio y que ambos eran responsables de la sintomatología en mayor o menor grado y que uno de ellos enmascaraba al otro, por lo tanto al resolver una de las patologías la sintomatología atribuible a la restante se hizo más evidente. Un hecho de observación es que en aquel caso en el cual ya existía artrosis coxofemoral incipiente, después de la cirugía en la columna ésta se acentuó, quizás podría atribuirse el hecho a cambios en la presión perfusión en la cabeza femoral durante la cirugía que hayan condicionado isquemia y acelerado el proceso degenerativo.

CONCLUSIONES

En los pacientes en la 6a. década o mayores que cursan con sintomatología atribuida a patología en la columna lumbar deberá descartarse la presencia de coxartrosis asociada o viceversa, a fin de resolverlos de manera satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Fogel GR, Esses SI. Hip spine syndrome: management of coexisting radiculopathy and arthritis of the lower extremity. *Spine J* 2003; 3(3): 238-41.
2. Brown MD, Gomez-Marin O, Brookfield KF, Li PS. Differential diagnosis of hip disease versus spine disease. *Clin Orthop Relat Res* 2004; (419): 280-4.
3. Offierski CM, McNab I. Hip-spine syndrome. *Spine* 1983; 8(3): 316-21.
4. de la Caffiniere JY, Rocolle J. Arthrotic lumbar spinal canal stenosis and total hip prosthesis. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1983; 69(4): 323-31.
5. Avila J, Gazcón G, Contreras J. Lumbar spinal stenosis, outcome after decompression without fusion. Long term results. *Proc 11th Congress of Neurological Surgery* 1997; 2: 1349-52.
6. Hay H. Spinal stenosis without deformity. Classification, Natural History, and Clinical Evaluation. In: *The Lumbar Spine*. 3rd. Edition. Eds. Herkowitz HN, Dvorak J, Bell G, Nordin M, Grob D. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004, pp. 464-71.

7. Orpen N, Walker G, Fairlie N, Coghill S, Birch N. Avascular necrosis of the femoral head after surgery for lumbar spinal stenosis. *Spine* 2003; 28(18): E364-7.
8. McNamara MJ, Barret KG, Christie MJ, Spengler DM. Lumbar spinal stenosis and lower extremity arthroplasty. *J Arthroplasty* 1993; 8(3): 273-7.
9. Khan AM, McLoughlin E, Giannakas K, Hutchinson C, Andrew JG. Hip osteoarthritis: where is the pain? *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86(2): 119-21.
10. Swezey RL. Overdiagnosed sciatica and stenosis, underdiagnosed hip arthritis. *Orthopedics* 2003; 26(2): 173-4.
11. Bohl WR, Steffee Ad. Lumbar spinal stenosis. A cause of continued pain and disability in patients after total hip arthroplasty. *Spine* 1979; 4(2): 168-73.



Al volumen 7 número 5, septiembre-octubre de 2006:

En la sección Reseña bibliográfica (Pág. 522) donde

Dice:

Epilepsias: Lo que usted debe saber sin ser médico

Editores: Dr. Carlos Acevedo
Dr. Manuel Campos

Dr. Tomás Mesa

Editorial: IBE (Buró Internacional para la Epilepsia).

Reseña: Dra. Lilia Núñez

Debe decir:

Epilepsias: Lo que usted debe saber sin ser médico

Editores: Dr. Carlos Acevedo
Dr. Manuel Campos

Dr. Tomás Mesa

Dra. Lilia Núñez

Editorial: IBE (Buró Internacional para la Epilepsia).

Reseña: Dra. Lilia Núñez