

La anamnesis, la mayor parte de la solución

Aunque a priori pueda parecer una obviedad, en este caso volvemos a ver que no siempre se tiene tan en cuenta, y que además la actualidad puede hacer, como aquí, que se omitan datos antiguos que pueden ser primordiales.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Varón de 25 años de nacionalidad rumana. Lleva un año trabajando en España de peón de albañil, habla y entiende poco el castellano y acude a su médico por presentar dolor en nalga y cadera derechas. Refiere que desde que trabaja de peón (en su país era recepcionista de hotel) ha ido notando ocasionalmente alguna molestia en región sacroiliaca y cadera derechas, que cede con el descanso nocturno, pero desde hace 4 días el dolor es más intenso y le obliga a cojear. El dolor sólo aparece en bipedestación y cede al estar sentado o tumbado.

No ha sido operado nunca, niega traumatismos recientes y sólo es destacable que frecuenta prostitutas, aproximadamente una vez por semana, tanto en España como en su país, desde hace 4-5 años y alguna vez no ha usado preservativo. Nunca ha tenido clínica de uretritis o úlceras en pene o erupciones dérmicas (roséola).

En la exploración destaca percusión no dolorosa de espinosas lumbares, flexo-extensión lumbosacra normal, dolor en sacroiliaca derecha y nalga a la palpación, dolor a la rotación interna y externa de cadera derecha y menor a la flexo-extensión de cadera. Lassègue, Valsalva y reflejos patelares y aquileos normales.

Con el diagnóstico de coxalgia derecha y posible sacroileítis se le da Incapacidad Temporal (IT), se prescribe indometacina (25 mg cada 8 horas) junto con paracetamol (1 gramo cada 8 horas) y se solicita radiografía de columna lumbosacra, sacroiliacas,

caderas y analítica con PCR, factor reumatoide, VSG y serología para VIH y hepatitis B y C.

A los 10 días viene la analítica con todos los parámetros normales. El paciente está mejor y pide el alta ("porque está muy mal el trabajo"). Refiere que la cita para las radiografías es para dentro de una semana; como está mejor no piensa acudir, por lo que se anula la cita.

Un mes más tarde, el paciente acude con la misma clínica, acompañado de un hermano mayor. Nota además del dolor un "chasquido" en cadera y nalga derechas al apoyar. Su hermano, que se expresa mejor en castellano, dice que de pequeño, a los 4-5 años de edad, su hermano estuvo escayolado varios meses, aunque no recuerda el motivo. Nuevamente damos la IT y se solicitan radiografías (*figuras 1 y 2*) en las que se observa marcada irregularidad con aplanamiento de la cabeza femoral derecha, acortamiento del cuello del fémur y esclerosis en cotilo e ilíaco, compatibles, dados los antecedentes del paciente, con secuelas de enfermedad de Perthes.

COMENTARIO

La enfermedad de Perthes es una necrosis avascular de la cabeza femoral durante la edad infantil, de grado variable, que se sigue de un proceso regenerativo, que puede o no acabar en deformidad irreversible. La primera descripción fue de Waldeström (1909),

que la relacionó con tuberculosis. Arthur Legg (Estados Unidos), Jaques Calvé (Francia) y Georg Perthes (Alemania), en 1910, lo califican de enfermedad no infecciosa, distinta de la TBC, autolimitada, que produce secuelas (coxa plana). Debido a lo similar de la descripción, se la conoce como "enfermedad de Legg-Calvé-Perthes".

Es una enfermedad más frecuente en niños que en niñas (4/1), monolateral más frecuente que bilateral (85-90%), con una incidencia de cinco niños por cada 100.000 menores de 15 años; por razas es más frecuente en japoneses, esquimales, mongoles y caucásicos. Se da sobre todo en niños de 2 a 10 años, con un pico de incidencia a los 5,5 años.

Se produce por un trastorno isquémico transitorio de la cabeza femoral, que ocasiona al menos dos infartos óseos (ya que uno solo se resuelve siempre), de causa desconocida (teoría infecciosa, inflamatoria, traumática, factores estáticos o teoría vascular).

La secuencia anatómo-patológica comienza con una primera fase de muerte ósea en que la cabeza deja de crecer, con exploración radiográfica normal. En una segunda fase se produce fragmentación o reblandecimiento, con aplanamiento de la epífisis por retraso en la reparación. Y una tercera fase origina revascularización y reparación, al aumentar la vascularización de la cabeza; hay aposición de hueso neoformado, el núcleo de osificación se hace más denso y la cabeza se puede reparar y recuperar o se puede colapsar y producir alteraciones en la cabeza y el cuello femorales (coxa plana –como en el caso-, coxa magna o cadera en bisagra).

La clínica que produce esta enfermedad es variable: desde cuadros asintomáticos hasta sinovitis con cojera espontánea (lo más frecuente) con o sin dolor, dolor en ingle o rodilla, o limitación de la movilidad de la cadera (sobre todo a la rotación interna y la abducción).

La enfermedad de Perthes no tiene cura ni se puede evitar. Es un proceso autolimitado en el que habrá que prevenir y tratar las secuelas con terapia ortopédica mediante yesos de abducción (tipo Petri), férulas de abducción (tipo atlanta con o sin carga) o en algunos casos con cirugía.

En el caso que nos ocupa, tras la enfermedad el paciente mantuvo durante unos años una buena función de la cadera, con ausencia de dolor, pero la evolución ha llevado a una coxa plana muy invalidante que requerirá de cirugía con toda probabilidad. Al pasar tantos años desde el cuadro inicial, el paciente no lo relacionaba con su patología de la infancia, por lo que omitió ese detalle. El escaso conocimiento del castellano contribuyó a dificultar aún más la entrevista clínica y, finalmente, el antecedente de frecuentación de prostitutas hizo enfocar el caso como una posible artritis reactiva a enfermedad de transmisión sexual.



Figura 1

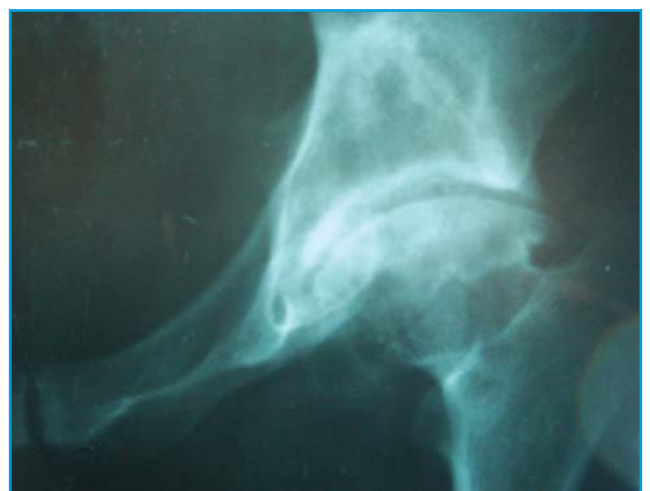


Figura 2