

# CASO CLÍNICO



*Servicio de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Profesor Alejandro Posadas*

- **Paciente masculino.**
- **55 años edad**
- **Sin antecedentes patológicos de importancia.**
- **Derivado a consultorio de atención inmediata por presentar cuadro de aproximadamente dos meses de evolución caracterizado por dolor urente en ingle y cara externa de la pantorrilla derechas de intensidad progresiva que calma con el decúbito.**

- 
- Examen físico: como único hallazgo patológico se constata **hiporreflexia patelar derecha**

Por sospecha de neuropatía se realiza  
electromiograma que informa:

“Neuropatía mielínica moderada a severa de ambas ramas terminales del ciático mayor derecho, más severa del ciático poplíteo externo”

# Laboratorio

Hto: 52%

Hb: 17

Leucocitos 8100

VSG 11

Glucemia 0.89

HIV: negativo

Colesterol 211

Prot. 7.8

Albúmina 3.83

Alfa1 0.28

Alfa2 0.98

Beta 1.14

Gamma 1.58

PSA 0.2

# Rx Torax: Normal

Anterior

Siguiente

# Rx panorámica de caderas:



Anterior

Siguiente

Se inicia tratamiento con  
carbamazepina 200 mg cada 8 hs y  
paracetamol 1gr cada 8 hs.

- 
- **Una semana después el paciente concurre a control refiriendo persistencia del dolor de similares características con impotencia funcional importante.**

- 
- **Al examen físico se constata ausencia del reflejo patelar derecho.**

- 
- **Se realiza RMN columna LS para descartar neuropatía compresiva. Informa discopatía leve L5-S1.**

- 
- **Ante la persistencia de los síntomas se inicia tratamiento con codeína y se realiza ecografía abdominal y PSA que fueron normales.**

- 
- Se realiza Centellograma óseo



Anterior

Siguiete

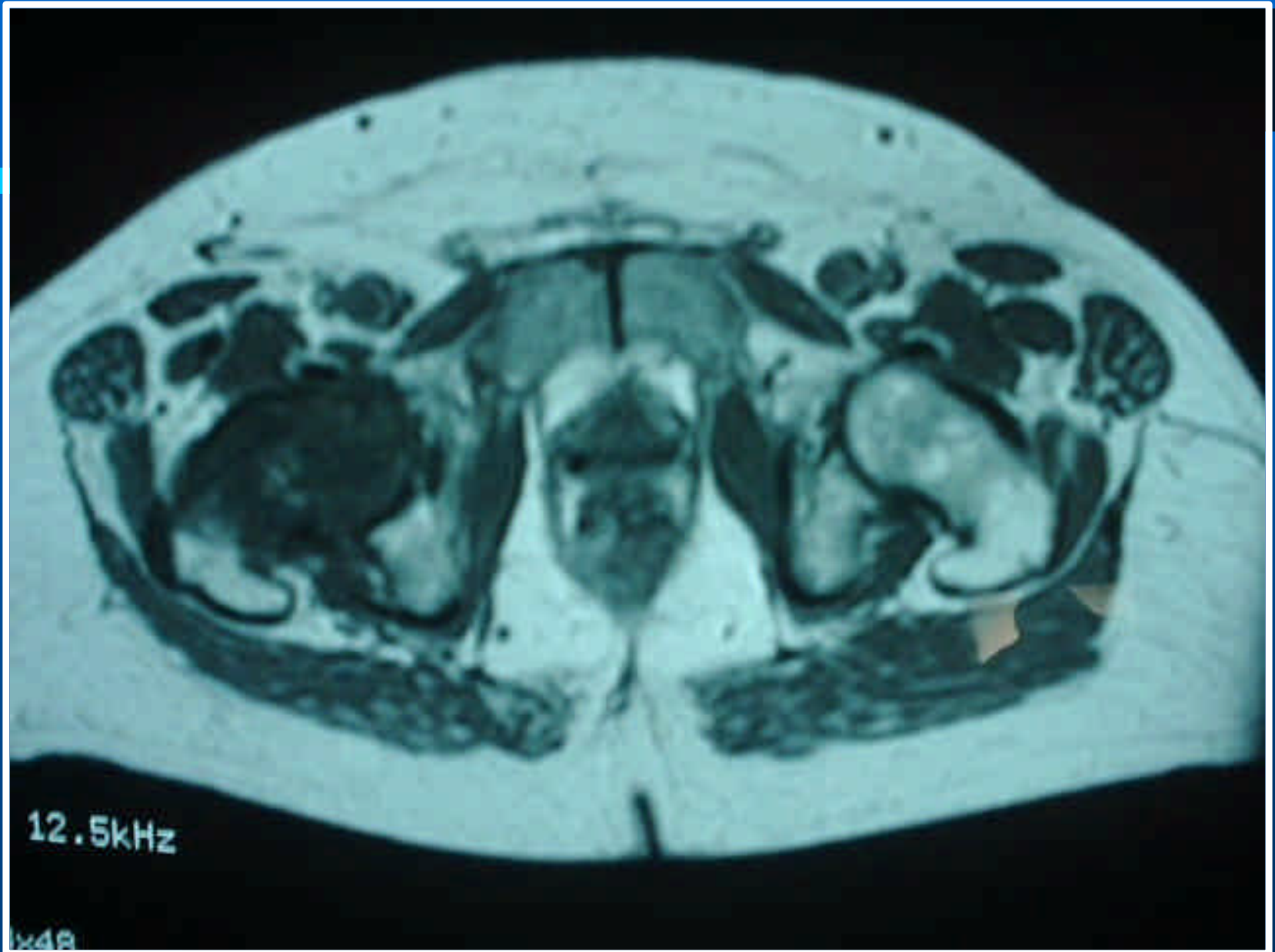
# Centellograma oseo

- Se observa hipercaptación del radio trazador a nivel de cabeza y cuello femoral derecho.

---

**Se completa con RNM de articulación coxofemoral.**

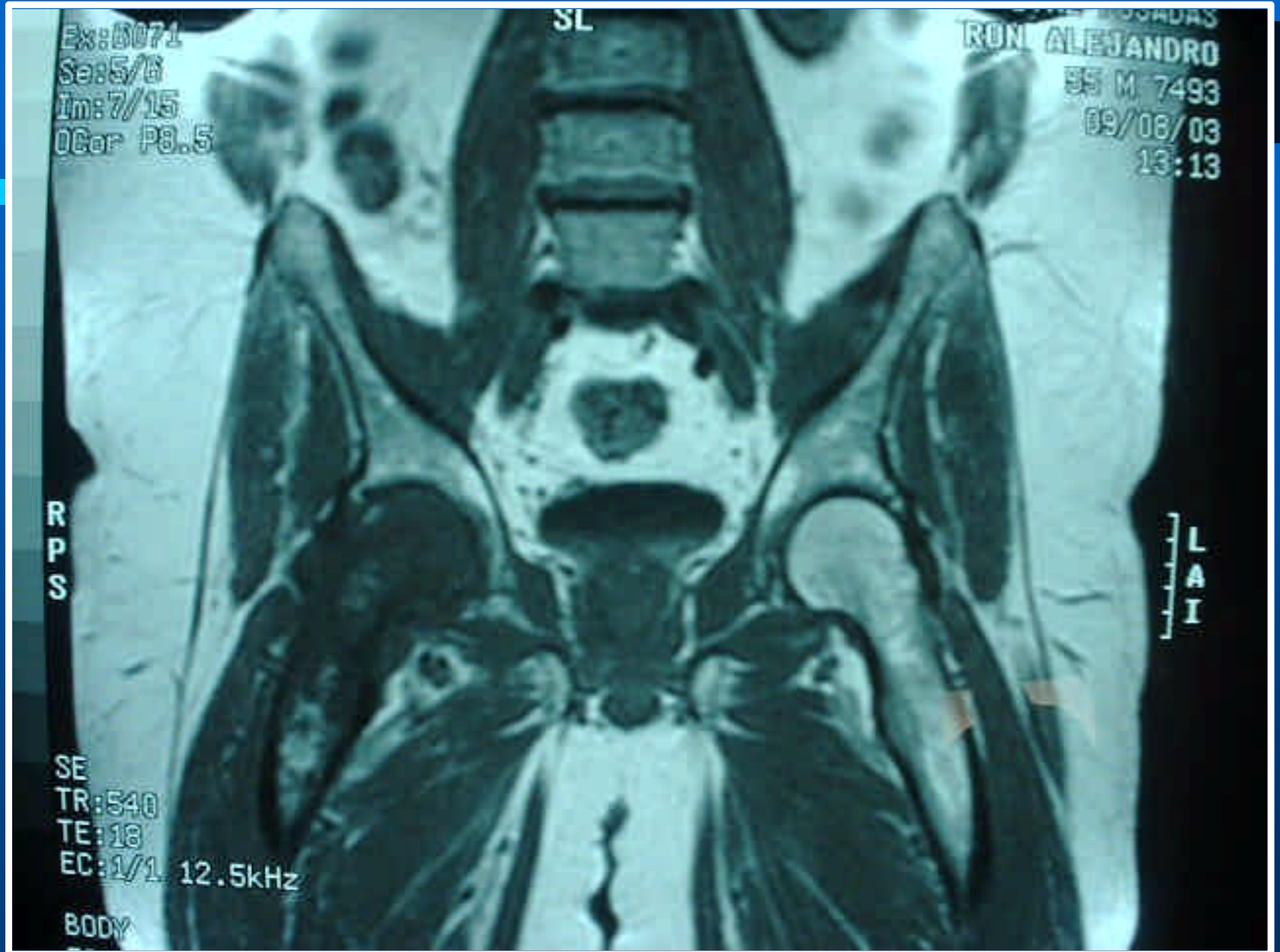
# RMN cadera T1 axial



Anterior

Siguiente

# T1 coronal

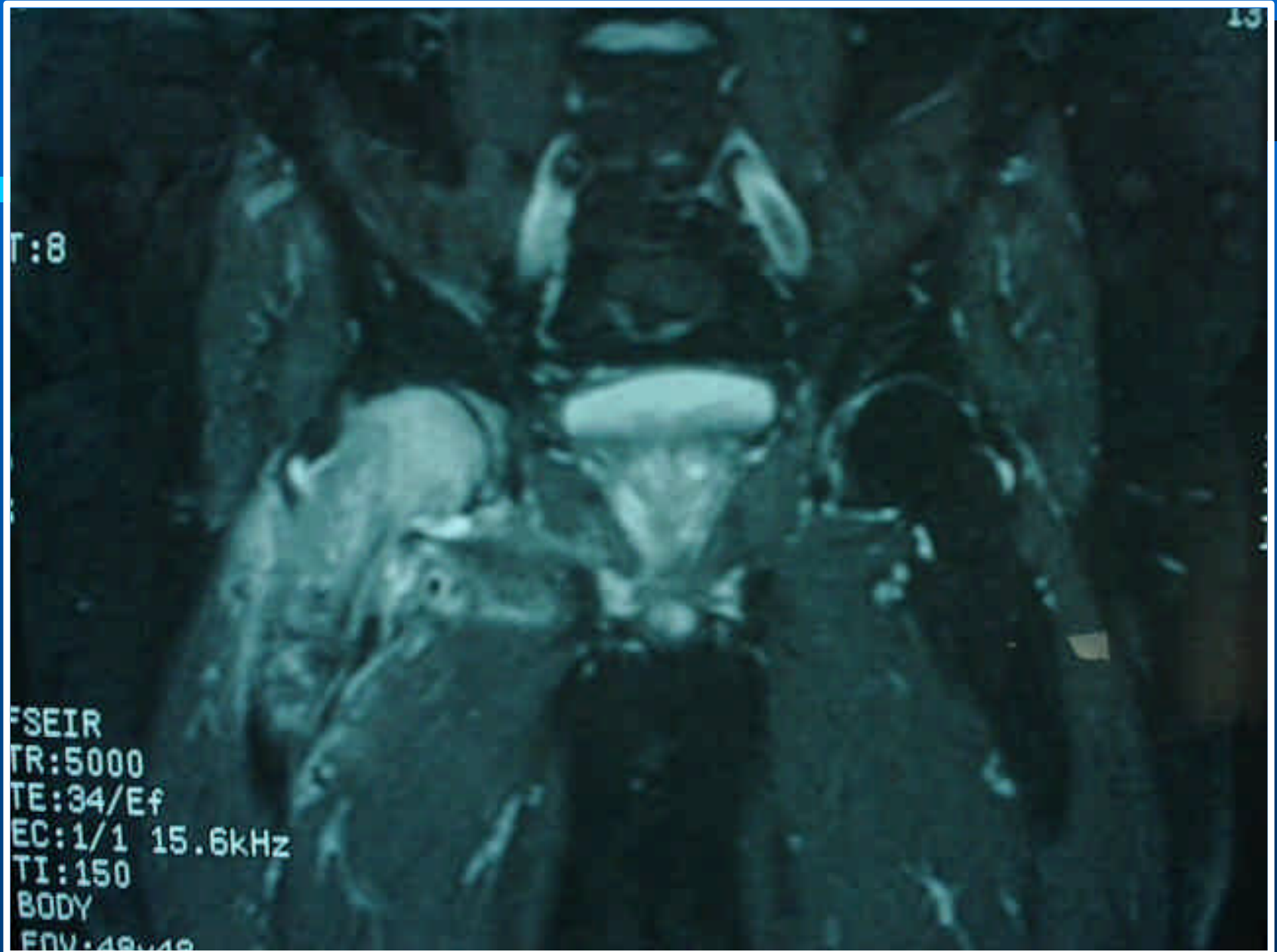


Anterior

Siguiente



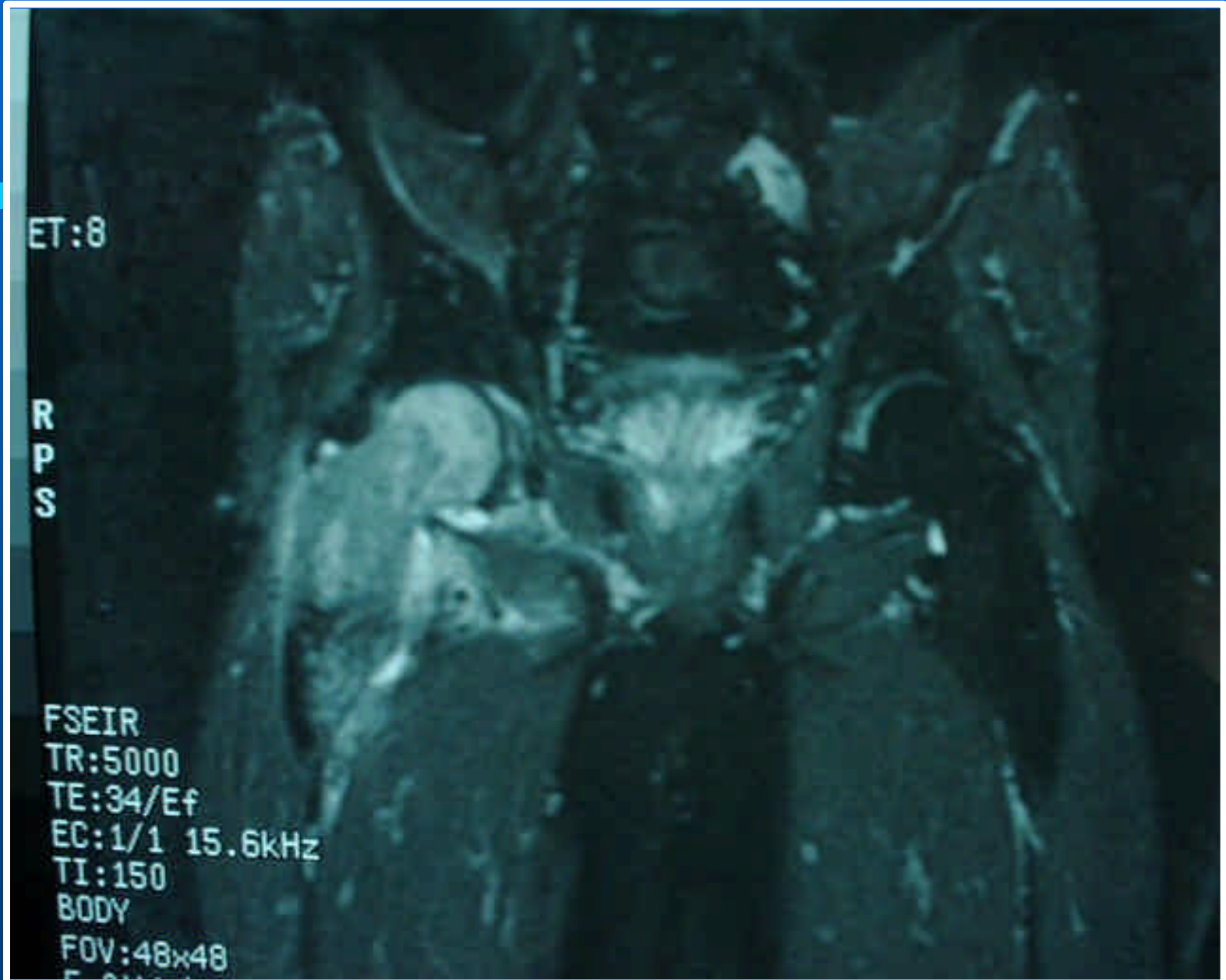
# Coronal STIR



Anterior

Siguiente

# Coronal STIR



Anterior

Siguiente

# Diagnósticos diferenciales

---

- **Coxitis inespecífica**
- **Coxitis tuberculosa**
- **Osteoporosis transitoria**
- **Enfermedad inflamatoria reumática**
- **Lesión ósea primaria**

# Diagnóstico

---

## Osteoporosis transitoria

# Osteoporosis transitoria

---

- Cuadro clínico raro de etiología no aclarada completamente.
- Mayoría en adultos jóvenes o de edad media.
- Tras anamnesis se sospecha: traumatismo o infección.

# Osteoporosis transitoria

---

- Rx: decalcificación de cabeza y cuello femoral.
- Gammagrafía ósea : hipercaptación del radiotrazador.
- Histopatología: recambio óseo aumentado, cambios inflamatorios.

# Osteoporosis transitoria

---

- RMN:

- Hallazgos característicos, con cambios de señal difusos en la cabeza y cuello femoral que pueden extenderse a la diáfisis.

# Osteoporosis transitoria

---

## ● RMN:

- T1 evidente disminución de la intensidad de la señal.
- T2 y especialmente en el STIR, se observa un claro aumento de la señal.

Los cambios de la señal en RMN se deben a edema de la médula ósea.

# Osteoporosis transitoria

---

Tras 6 a 12 meses se produce una *regresión espontánea* de la sintomatología y de los cambios radiográficos.

# Osteoporosis transitoria

---

Diferentes estudios concluyen que el edema de la médula ósea es un paso intermedio reversible en el desarrollo de una necrosis aséptica de cabeza femoral manifiesta.

Los diferentes mecanismos reparativos deciden si se produce la cura del edema de la médula ósea o por el contrario se desencadena una necrosis aséptica de cabeza femoral.

# BIBLIOGRAFÍA

- *FIROOZANIA, GOLINBU, RAFII, RAUSCHNING. Imágenes por RMN y TC del sistema músculo esquelético. Editorial Mosby. Pimer edición. 1993*
- *MARKISZ J.; RAFAL R.; KAZAM E. Atlas of the pelvis normal anatomy and pathology. Editorial Williams and Wilkims. 1993*
- *VAHLENSIECK. Rmn musculoesquelético. Editorial Marban.2000*