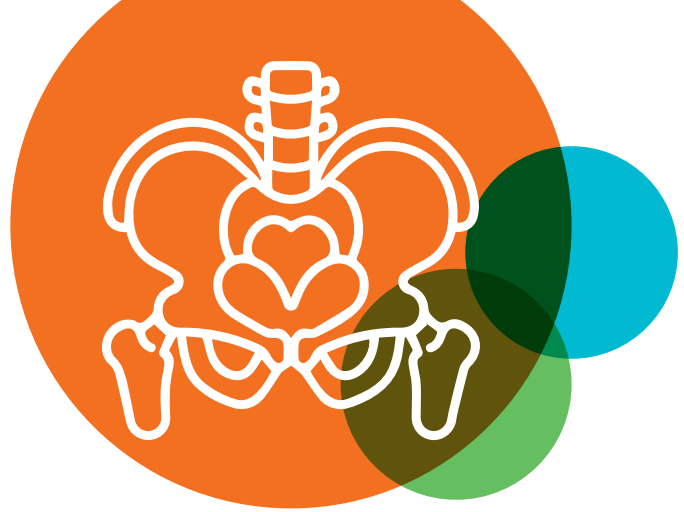


# Necrosis avascular de cadera



La **necrosis avascular de cadera** u osteonecrosis es una enfermedad en la cual una parte de la cabeza del fémur se necrosa («muere») por falta de irrigación sanguínea (figuras 1 y 2). Esto ocasiona un dolor muy intenso para el paciente.

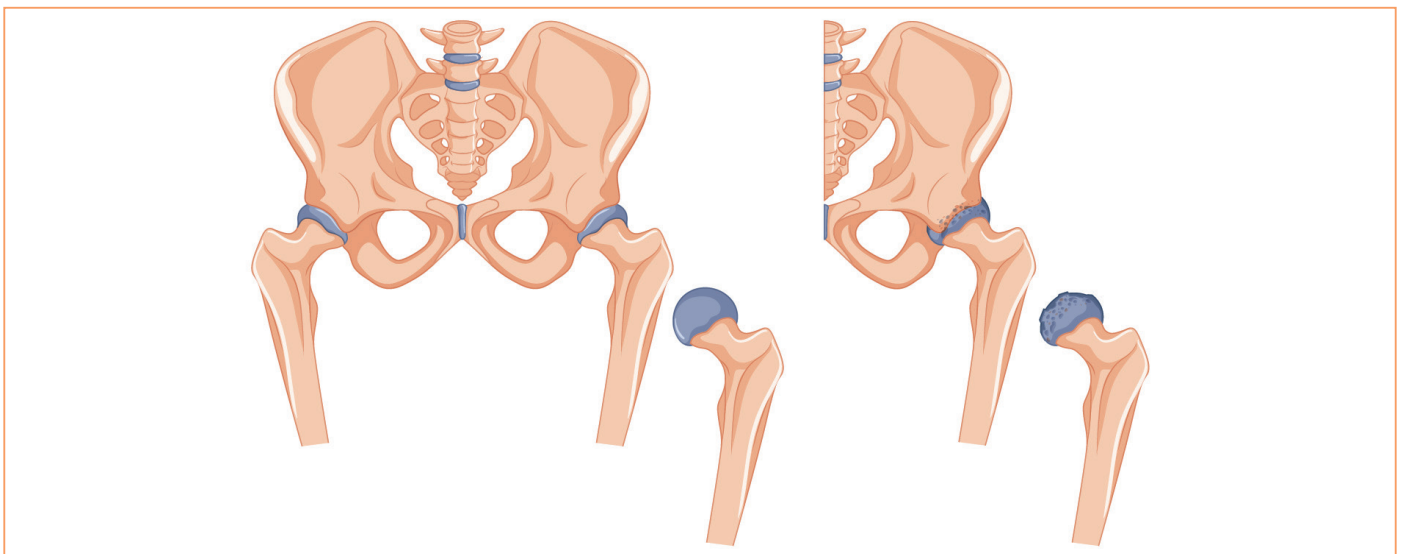


Figura 1. Cadera con necrosis. Detalle del hueso normal frente a hueso necrosado.

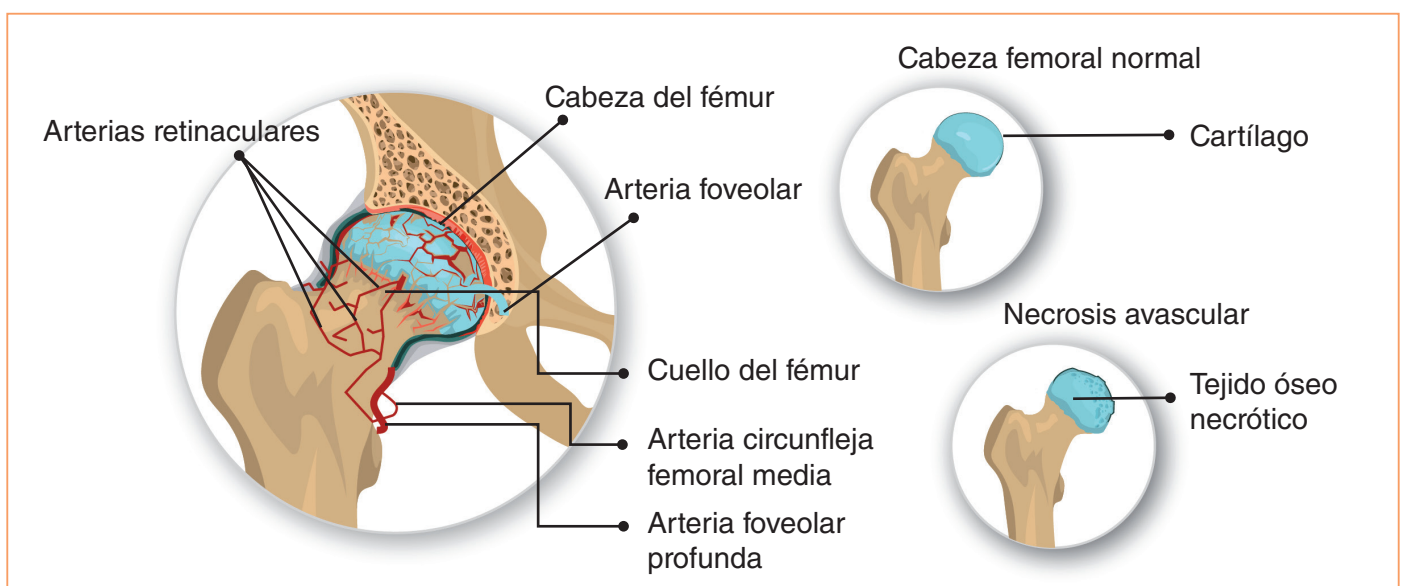


Figura 2. La necrosis avascular ocurre cuando el tejido óseo en la cabeza femoral muere debido a la falta de suministro de sangre.

# ¿Por qué ocurre la necrosis de la cadera?

Si bien es cierto que en algunos casos la causa de la necrosis avascular de cadera resulta desconocida (se denomina «necrosis avascular idiopática»), la mayoría de las veces es secundaria a un traumatismo grave o al **uso de determinados medicamentos, como los corticoides o agentes antitumorales –citostáticos–**, circunstancias ambas a las que se encuentran expuestos los pacientes que reciben tratamiento por un cáncer de la sangre.

Los pacientes que reciben un tratamiento intensivo contra la leucemia aguda o linfomas agresivos son expuestos a altas dosis de **corticoides**. Los corticoides (también llamados «glucocorticoides» o «corticoesteroides») son un tipo de hormonas que producen nuestras glándulas adrenales, unos pequeños órganos que se encuentran encima de nuestros riñones. Aunque pequeñas, las glándulas adrenales o suprarrenales son muy importantes, ya que ayudan a controlar la presión arterial, los latidos del corazón, y tienen otras funciones destacadas en nuestro cuerpo. Una de las hormonas segregadas por estas glándulas, que es fundamental para nuestro desarrollo, es el **cortisol**. Los corticoides se utilizan, en general, cuando hay inflamación y el cáncer no es una excepción. Son medicamentos con un potente efecto antiinflamatorio e inmunosupresor que se administran con la intención de reducir las células cancerosas y prevenir o tratar el rechazo de los injertos en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (médula ósea). En ocasiones también se usan para favorecer la efectividad de otros medicamentos quimioterápicos.

Algunos de los principales corticoides que se utilizan en el tratamiento de las leucemias, los linfomas o el mieloma múltiple son la **prednisona, la metilprednisona o la dexametasona**.

Los efectos secundarios más conocidos de la administración de corticoides son: la hinchazón de la cara y el cuello, los cambios del estado de ánimo o el aumento de peso. Pero no son los únicos. También pueden ocasionar **daño o pérdida de densidad en los huesos largos cerca de las articulaciones**. Como es el caso del hueso del fémur.

Algunos de los pacientes tratados por una leucemia aguda o un linfoma agresivo padecerán algún grado de necrosis de cadera, y los que se tienen que someter a un trasplante de células madre tienen un riesgo de padecerla todavía más alto. A veces la afección de este hueso puede ser leve, pero a menudo acaba siendo grave y causando mucho dolor y discapacidad a largo plazo.



## Sara, 25 años

*Barcelona. Expaciente de leucemia*

“ Como consecuencia del trasplante de médula ósea al que me sometí por una leucemia y, sobre todo, de los fármacos corticoides que tomé, tuve una necrosis de la cabeza del fémur. Estuve dos años y medio con mucho dolor, un dolor que era muy difícil que cesara; hasta tuve que tomar opiáceos.

Hace un año me operaron para realizar la artroplastia de cadera (prótesis). La verdad es que es muy duro que, después de todo lo que tenemos que pasar los pacientes hematológicos, vengan estas secuelas que no te dejan hacer vida normal en muchas ocasiones.

En mi caso, como tengo un rechazo del trasplante en forma de esclerodermia de piel muy grave, la intervención de la prótesis era más arriesgada por cómo iba a cicatrizar la herida. Los médicos no sabían si podrían llegar a colocar la prótesis. Por suerte, todo fue muy bien y hoy no vivo con dolor continuo. ”

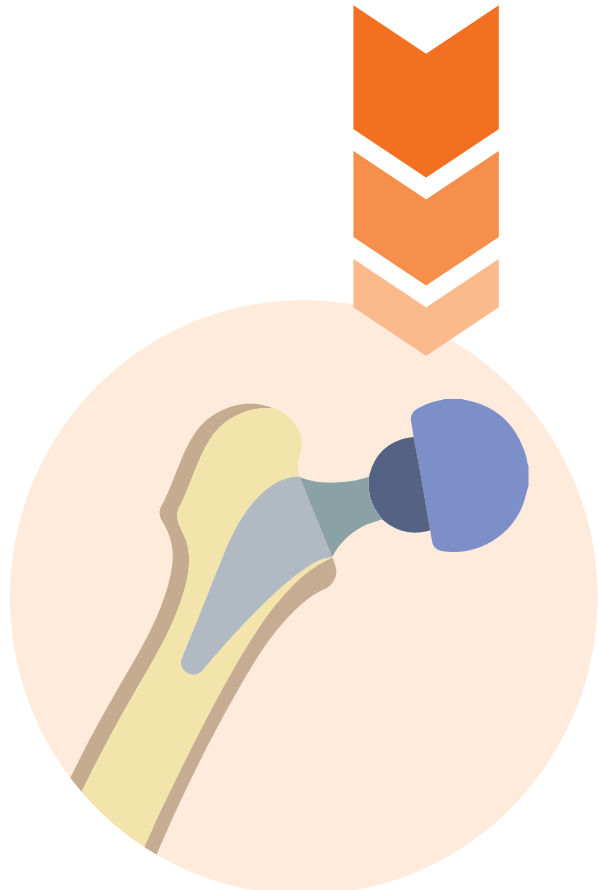


## Tratamiento de la necrosis avascular de cadera

En fases precoces de la enfermedad, cuando todavía la cabeza del fémur mantiene su forma original y no se ha deformado, existen tratamientos efectivos por vía oral que han demostrado disminuir el riesgo de deformación de la cabeza femoral. Además del tratamiento oral, se pueden realizar diferentes intervenciones quirúrgicas, como, por ejemplo, la inyección de células madre del propio paciente en la cabeza femoral para estimular la reparación del propio hueso necrosado. En el caso de los pacientes oncohematológicos, es necesario que el proceso neoplásico se haya revertido y, por lo general, pasa tiempo hasta que el paciente puede optar a una intervención. Cabe decir que los pacientes que han sido tratados con quimioterapia y, sobre todo, los que han tenido que someterse a un trasplante de médula ósea son pacientes inmunodeprimidos para los que cualquier intervención tiene un riesgo importante, por lo que esta ha de planificarse y sopesarse muy bien. En algunos casos, bajo vigilancia y en coordinación con la Unidad de Hematología, el paciente puede optar a una **implantación de una prótesis de cadera**.

### ¿Cómo se diagnostica la necrosis avascular de cadera?

En los procesos oncológicos, ya existe el conocimiento de que los tratamientos pueden desencadenar una necrosis de cadera. Por ello, los protocolos marcan una revisión de esta afección para detectarla en sus fases más tempranas. Además de las radiografías pertinentes, es necesaria una resonancia magnética para la confirmación del diagnóstico.



## ¿Qué es una prótesis de cadera?

Una **prótesis de cadera** consiste en sustituir la articulación de la cadera (compuesta por la cavidad acetabular de la pelvis y la cabeza del fémur) por implantes artificiales (figura 3).

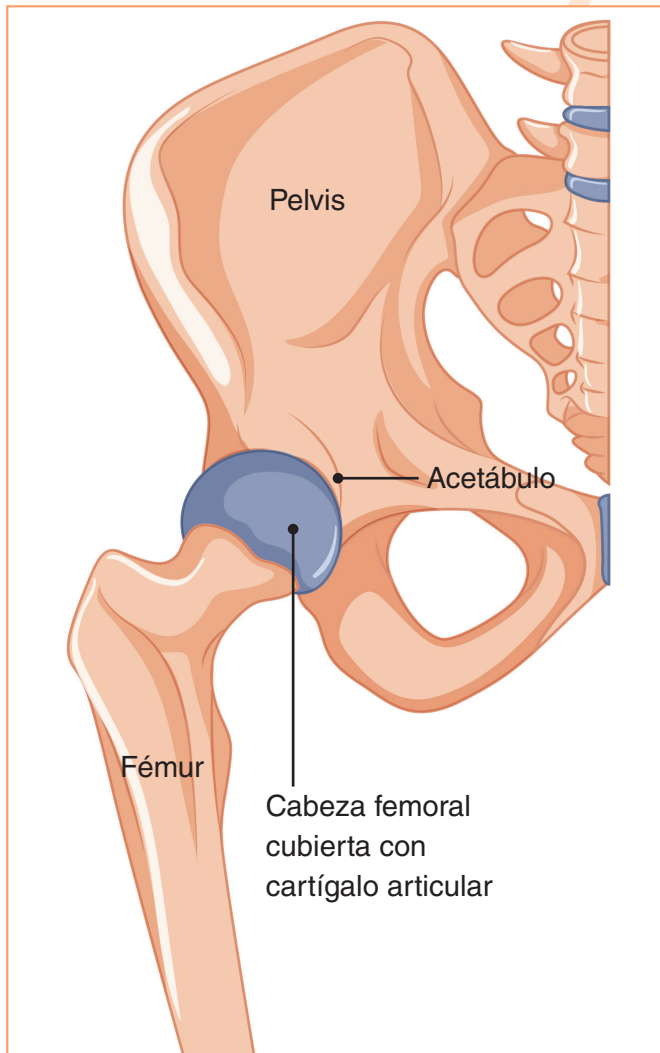


Figura 3. Implante de cadera.

Los componentes de las prótesis acostumbran a ser de diferentes metales; en la actualidad, el más frecuente es la aleación de titanio (figura 4). No existe el implante ideal, ya que las piezas que implantan en la articulación están sujetas al desgaste. Existen diferentes materiales, con ventajas e inconvenientes. Por ello, es fundamental que el especialista valore cuál es el implante más adecuado para cada paciente.



Figura 4. Componentes de una prótesis de cadera.

La prótesis que se ha de utilizar depende de múltiples factores que el especialista debe considerar, pero los más decisivos son: el tipo de patología por la que el paciente ha desarrollado una necrosis de cadera (si es por una fractura o por motivo del tratamiento corticoide, por ejemplo), la edad del paciente y la calidad de sus huesos. Además, es importante que valore, junto al equipo de Hematología, la situación de inmunocompromiso del paciente.

Asimismo, la prótesis de la cadera puede ser total o parcial. Existen distintas metodologías, aunque, en el caso del paciente hematológico, es habitual que la prótesis sea total.

**Prótesis total de cadera:** se trataría del caso en que se sustituye toda la articulación, como muestra la figura 5. Dicha prótesis está compuesta por un vástago que une la prótesis al fémur; un cotilo que fija la prótesis a la pelvis, y componentes articulares. Estas prótesis suelen usarse en los casos de artrosis importante o desgaste articular.

**Prótesis parcial de cadera:** en una prótesis parcial de cadera también se fija la prótesis al fémur por medio de un vástago, pero la cabeza del fémur se articula directamente contra la pelvis, sin necesidad de cotilo ni articulaciones artificiales. Se suele emplear en casos de fracturas y se plantea cuando el acetábulo no está desgastado. Es una cirugía menos agresiva y se suele efectuar en pacientes que van a hacer menos ejercicio físico.

Las prótesis no duran para siempre y se tienen que revisar periódicamente. A pesar de ello, en la actualidad se puede decir que la mayoría de las prótesis pueden tener una vida útil de más de 15 años hasta que deba hacerse el recambio del implante. **En la mayoría de los casos, el dolor es el síntoma principal que precede al recambio de una prótesis total de cadera.** La sustitución de una prótesis de cadera se lleva a cabo por diferentes motivos:

- 1. El propio desgaste:** se desgastan las superficies de fricción de la prótesis y aparecen partículas del material desgastado en la articulación. El sistema inmunitario del organismo provoca una reacción para intentar eliminar estas partículas, lo que produce una inflamación que acaba siendo crónica y ocasiona la pérdida del hueso alrededor de los implantes. Y, por supuesto, dolor. Se habla de «aflojamiento» de la prótesis.
- 2. Fractura o luxación de la prótesis:** evidentemente, si ocurre una fractura del fémur, la prótesis deberá ser remplazada. Pero también es el caso en luxaciones recurrentes. Estas se producen cuando la parte de la prótesis que está en el fémur se separa de la parte de la prótesis que está anclada a la pelvis. El paciente nota dolor en la zona y tiene serias dificultades para mover la cadera, apoyarse o ponerse de pie.

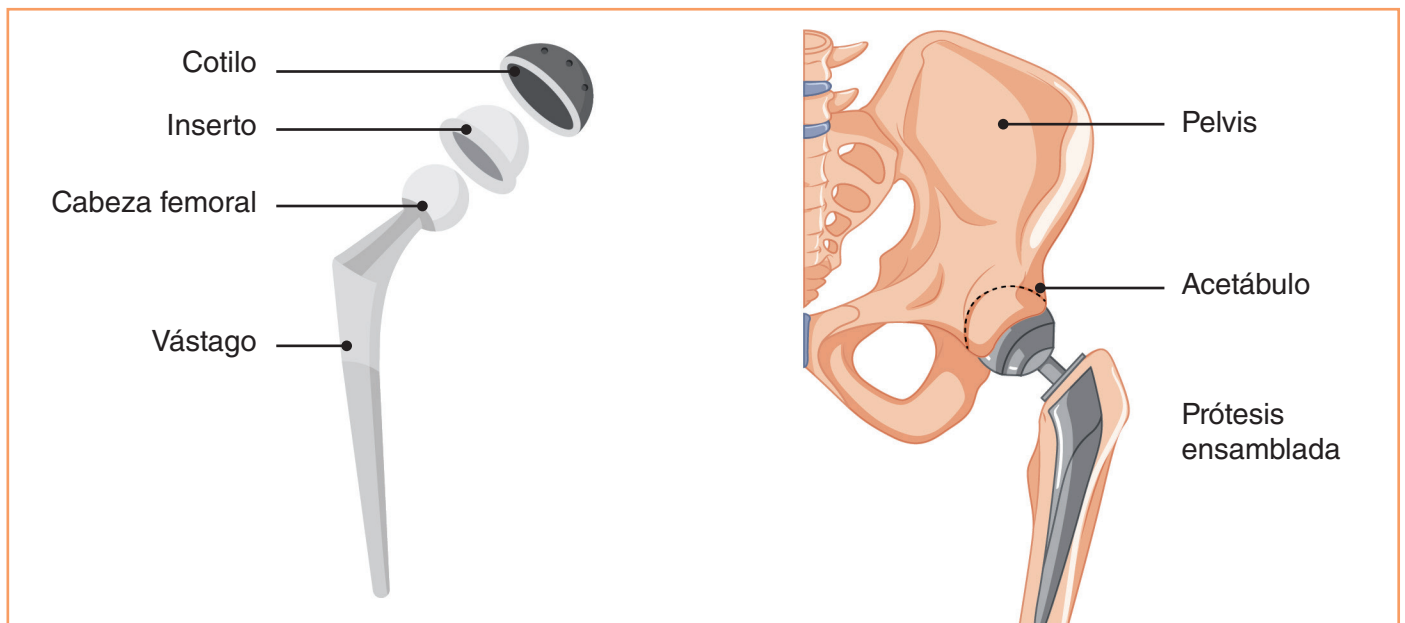


Figura 5. Prótesis total de cadera.

## El manejo del dolor

El principal efecto de una necrosis de cadera es el dolor. Muchos pacientes no tienen síntomas en las primeras etapas de la necrosis avascular. A medida que la enfermedad empeora, pueden empezar a sentir dolor en la articulación afectada únicamente cuando apoyan su peso. Con el tiempo, sentirán dolor incluso si están recostados. El dolor puede ser leve o intenso y, generalmente, se manifiesta de forma gradual. El dolor relacionado con la necrosis avascular de la cadera podría centrarse en la ingle, el muslo o el glúteo. Además de la cadera, las áreas que pueden verse afectadas son el hombro, la rodilla, la mano y el pie.

Algunos pacientes desarrollan necrosis avascular en ambos lados (bilateralmente); por ejemplo, en ambas caderas. La necrosis avascular no tratada empeora con el paso del tiempo. Finalmente, el hueso puede colapsar. La necrosis avascular también hace que el hueso pierda su forma lisa y esto puede provocar una artritis grave.

En las primeras etapas de necrosis avascular, los síntomas se pueden aliviar con medicamentos y terapia. El especialista puede recomendar lo siguiente:

- medicamentos antiinflamatorios no esteroideos,
- medicamentos para la osteoporosis que pueden disminuir el avance de la necrosis,
- anticoagulantes si el paciente tiene un trastorno de coagulación, para prevenir coágulos en los vasos sanguíneos que alimentan los huesos,
- estimulación eléctrica.

Además de ello, el especialista probablemente recomendará descanso y ejercicios de fisioterapia.

En la actualidad, se están desarrollando investigaciones con el objetivo de detectar de forma precoz la necrosis de cadera, de manera que aún se pueda salvar el hueso del fémur y no sea necesario otro tipo de intervenciones.

También existen investigaciones que apuntan a la utilización de células madre como terapia frente a la necrosis avascular de cabeza de fémur. El objetivo de los científicos es que este tratamiento celular detenga el desgaste del fémur si es detectado a tiempo y así evitar las complicaciones posteriores.



## Yaiza, 29 años

*Barcelona. Expaciente de linfoma*

“ Comencé a sentir molestias en la cadera izquierda sin previo aviso; unas molestias que se iban incrementando en intensidad hasta que se convirtieron en dolor.

Soy una persona activa y pasé de andar, ir al gimnasio y salir todos los días a no poder ni ir de una habitación a otra. Pensé que me habría lesionado haciendo ejercicio, pero mi médico me dijo que la necrosis avascular encajaba con todos mis síntomas y mi historial como paciente oncohematológica. Para curar el linfoma, me sometí a muchos ciclos de quimioterapia y medicación intensiva y a un trasplante de médula ósea de mi hermano.

El dolor en la cadera era punzante y me impedía andar. El solo hecho de levantarme tras estar sentada o estirada era muy doloroso.

Gracias a la rehabilitación, el dolor ha mejorado, aunque sigo teniendo molestias, pero ya puedo andar. Ahora estoy a la espera de una resonancia magnética para que el especialista decida el tratamiento que he de seguir. ”



*Fundación*  
**JOSEP  
CARRERAS**  
contra la leucemia

**Fundación Josep Carreras contra la leucemia**

C/Muntaner, 383, 2.º  
08021 Barcelona  
93 414 55 66  
imparables@fcarreras.es

**Síguenos en**

**f** @fundacioncarreras

 @imparablescontralaleucemia

 @fcarreras

**in** FCarreras

 fundacionjcarreras

**[www.fcarreras.org](http://www.fcarreras.org)**

© 2022 - Fundación Josep Carreras contra la Leucemia. Todos los derechos reservados.

Documento revisado por el Dr. Enric Carreras Pons,  
Director médico de la Fundación Josep Carreras contra la Leucemia