



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

253/49 - ESTOY CON MÁS DOLOR QUE ANTES DE QUE ME OPERASEN

A. Fernández Serna^a, C. Fortuny Henríquez^b, M. Arques Pérez^c, M. de la Hoz Gutiérrez^d, R. López Sánchez^e, S. Díez Martínez^f, Á. González Díaz-Faes^g, L. de la Fuente Blanco^h y L. Gómez Ruizⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^dMédico de Familia. SUAP Santander. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor y claudicación de marcha tras ser operado de una cirugía de ambas caderas, asociado a raquialgia lumbar mecánica que ocasionalmente irradia por la región posterior de glúteo y muslos. Refiere que en el momento inicial tras la cirugía noto mejoría importante, pero que a partir del mes posquirúrgico persiste el dolor en ambas caderas, más en la izquierda con sensación de inflamación constante, dice que tiene que caminar con pasos muy cortos. Refiere que no ha tenido fiebre. AP: apendicectomía con 18 años.

Exploración y pruebas complementarias: MMII no disimetrías, cicatriz quirúrgica en ambas caderas. El dolor lo refiere en ambas espinas iliacas. Cadera derecha: flexión 90°, abducción y aducción 30°, rotaciones normales. Cadera izquierda: movilidad flexión a 90°, rotaciones normales, abducción y aducción normal. Plan: remitimos a Traumatología y ortopedia. Solicitamos una radiografía y un TAC. TAC: leve rectificación lumbar con cuerpos vertebrales de normal morfología y densitometría. Pinzamiento multisegmentario de espacios intersomáticos y de articulaciones interapofisarias en relación a incipientes cambios degenerativos. No compromiso radicular. Plan: se inicia rehabilitación y se valorará evolución. Tras varias sesiones no se objetiva ninguna mejoría clínica.

Juicio clínico: Necrosis avascular.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Prótesis mal colocada. Infección de la prótesis.

Comentario final: Nos encontramos ante un paciente joven, cuya vida a partir de ahora se va a ver gravemente afectada, y es nuestra labor el explicarle lo que podemos aportar y no aportar, lo que puede mejorar y lo que no. Lo más importante como MAP y dentro de nuestras funciones como tales, es acompañarlo en este proceso y evitar un empeoramiento progresivo de su salud física y mental atendiendo ante cualquier necesidad que pueda solicitar estrechando la relación médico-paciente.

Bibliografía

1. Brown P, Crane L. Avascular necrosis of bone in patients with human immunodeficiency virus infection: report of 6 cases and review of the literature. *AIDS*. 2001;32:1221-6.
2. Cagatay AA, Diz-Kucukkaya R, Akyildiz GM, et al. Human immunodeficiency virus and avascular necrosis of the femoral head: a case report. *Chin Med J*. 2004;117:1437-40.
3. Julian RJ. Osteochondrosis, Dyschondroplasia, and Osteomyelitis Causing Femoral Head Necrosis in Turkeys. *Avian Diseases*. 1985;29:854-66.

Palabras clave: Necrosis femoral. Cadera. Dolor. Cabeza femoral.