



## 242/3707 - CUANDO LA SOLUCIÓN ES EL PROBLEMA

A. Padilla Abadía<sup>a</sup>, E. Martínez de Quintana<sup>b</sup> y P. Sánchez Jordán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 68 años de edad, sin AP de interés, que acude a consulta por dificultad para caminar. Estuvo ingresada por una bronquitis aguda tratada con: prednisona iv y deflazacort oral 30MG durante 10 días, al salir del ingreso presentaba problemas para caminar pero tarda en consultar por este motivo. Su médico de atención primaria diagnostica poliartritis y pauta prednisona 30 mg 10 días con la indicación de volver en caso de no mejoría. Tarda nuevamente en consultar y al explorarla persiste inflamación de rodillas y tobillos, por ello se deriva a Urgencias para que la valore Reumatología. La ingresan en MI con tratamiento prednisona iv y prednisona oral (10 mg 10 días) y diagnóstico de tendinitis al alta. Vuelve a acudir por persistencia de la clínica y se deriva a COT, que la estudia y remite de nuevo a MI ante el hallazgo de infartos óseos en RM.

**Exploración y pruebas complementarias:** Calor y edema en ambas rodillas y tobillos. Rigidez en la movilización pasiva, escasa movilización activa y rigidez del arco móvil. RMN RD: extensas áreas infarto óseo en fémur distal y tibia proximal. RMN RI: extensas áreas de infarto óseo en diáfisis distal, cóndilos femorales, platillo tibial y diáfisis proximal tibia. Autoinmunidad negativa.

**Juicio clínico:** Osteonecrosis por corticoides.

**Diagnóstico diferencial:** LES, enfermedad de Gaucher, AR.

**Comentario final:** Numerosos estudios relacionan la terapia esteroidea con el desarrollo de osteonecrosis. En uno de ellos la incidencia era del 21 al 37%. El riesgo de osteonecrosis es más alto con dosis de > 20 mg/día. La dosis inicial parece más importante que la total o la duración del tratamiento. Lo más importante para el diagnóstico de osteonecrosis la sospecha y considerar los factores predisponentes. La RMN es el "gold standard" diagnóstico tanto en sintomáticos como asintomáticos. Nuestra paciente ilustra claramente la relación entre la administración de corticoides y el desarrollo de osteonecrosis en ausencia de otros factores de riesgo.

### Bibliografía

1. Jones LC, Amont M. Osteonecrosis (avascular necrosis of bone). UpToDate, 2017.
2. Dilisio MF. Osteonecrosis following short-term, low-dose oral corticosteroids: a population-based study of 24 million patients. Orthopedics. 2014;37:e631.

**Palabras clave:** Osteonecrosis. Corticoides.