



V. Pellicer García, P. Gutiérrez Carbonell, J. Vidal Catalá

Servicio COT. Hospital Virgen de los Lirios - Alcoy

# **Aplicación de prostaglandina I2 (iloprost) en el tratamiento del síndrome de edema de médula ósea de la cabeza femoral**



### *Introducción*

El **síndrome de edema de médula ósea (SEMO)**, engloba diferentes patologías caracterizadas por malperfusión ósea, evidenciable en estudios de RMN por edema intersticial difuso. La localización anatómica más frecuente es la cabeza femoral, donde puede ser un proceso benigno y autolimitado, o representar un estadio inicial de la osteonecrosis avascular.

El diagnóstico del SEMO sólo puede realizarse de forma retrospectiva en aquellos casos que no han evolucionado a osteonecrosis. Dado que el pronóstico de ambas entidades es radicalmente opuesto, parece razonable el tratamiento del SEMO en pacientes sintomáticos o con factores de riesgo.

### *Material y Método*

Mujer de 40 años con coxalgia severa atraumática aguda derecha sin mejoría tras AINEs, que asociaba cojera y limitación de la movilidad. EVA 6, Escala Harris 68 puntos.

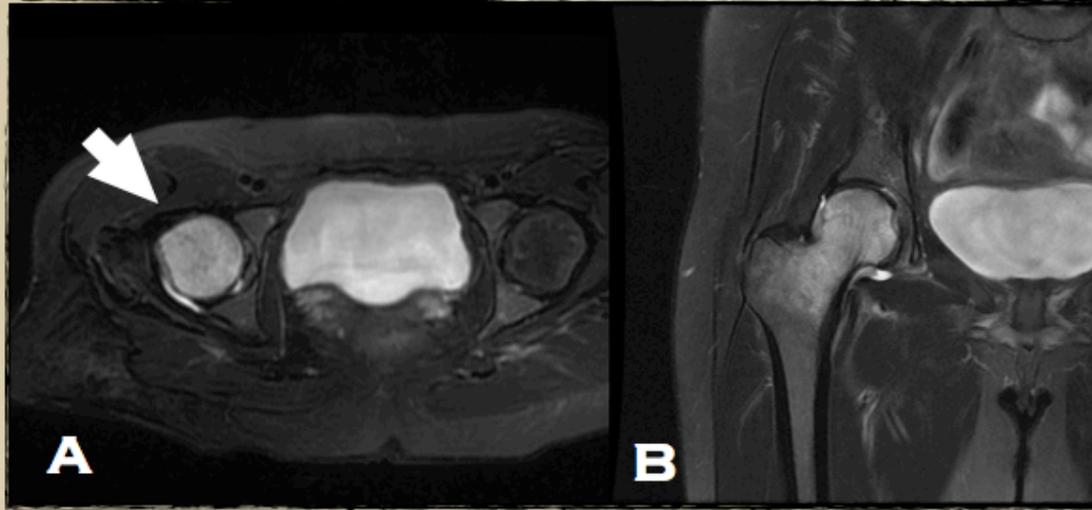


Se inició tratamiento oral con etoricoxib 60 mgr/día, se indicó carga parcial (50% peso corporal) y se prescribieron heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina 40 mgr/día). Al no experimentar mejoría tras 4 semanas, se decidió el empleo de la perfusión endovenosa de un análogo de la prostacilina: **Iloprost trometamol**.

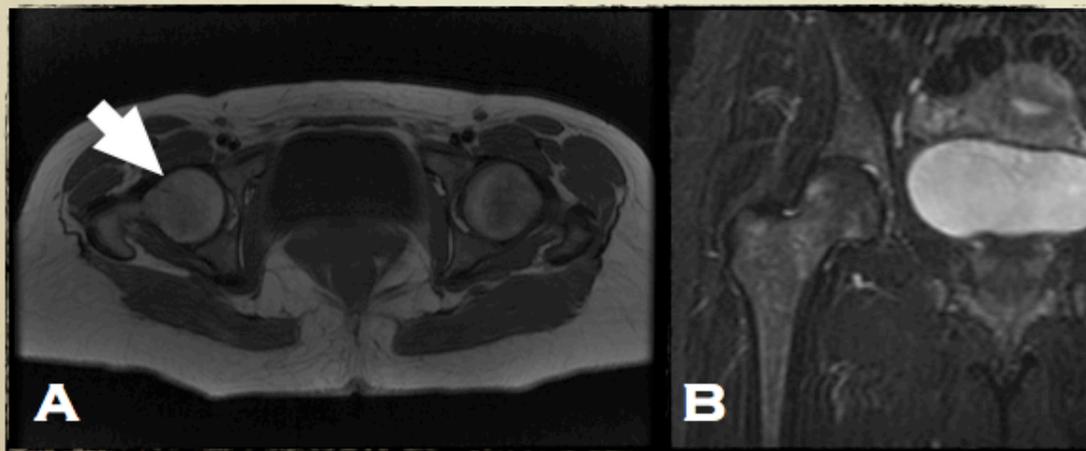
La perfusión se realizó de forma ambulatoria durante un período de 6 horas en 5 días consecutivos diluyendo una ampolla de 0'5 ml de iloprost (50 microgramos) en 250 ml de suero salino fisiológico 0'9% y administrada mediante una bomba de perfusión intravenosa. La dosis se ajustó en función del peso corporal del paciente y en función de la tolerancia individual, según las recomendaciones de la ficha técnica del producto.

peso corporal (kg)	dosis (ng/kg/min)			
	0,5	1,0	1,5	2,0
	velocidad de perfusión (ml/h)			
40	0,60	1,2	1,80	2,4

La paciente experimentó una mejoría significativa a las 2 semanas de la infusión de Iloprost, pasando de una puntuación de 6 a 3 en la EAV, y de 68 a 91 puntos en la escala Harris. Actualmente, con un año de seguimiento, no hay evidencia de osteonecrosis



**A)** Secuencia axial T2 con supresión grasa en la que se aprecia edema en cabeza y cuello femorales derechos. No se evidencian líneas hipointensas que sugieran osteonecrosis. **B)** Imagen coronal en T2 con supresión grasa donde se aprecia la extensión del edema a zona intertrocantérica.



Control RMN a las 6 semanas donde se objetiva la práctica resolución completa del edema óseo.

### *Discusión*

El empleo de análogos de la prostaglandina I2 mejora las propiedades reológicas de la microcirculación capilar terminal, al inducir vasodilatación, reducir la permeabilidad, inhibir la agregación plaquetaria y disminuir la concentración de radicales libres de oxígeno y leucotrienos.

El empleo endovenoso de análogos de prostaglandina I2 en el síndrome de edema de médula ósea podría constituir una alternativa terapéutica válida, no invasiva, con escasas contraindicaciones y efectos secundarios leves habitualmente bien tolerados, independientemente de que dicha entidad sea o no un estadio precoz de la osteonecrosis avascular. **Ha demostrado efectividad clínica en estadios 0, I y II ARCO.**

### *Bibliografía*

1. Jäger M., Christoph Z., Bittersohl B.. Efficiency of iloprost treatment for osseous malperfusion. International Orthopaedics, 2011, 35: 761-765
2. Jäger M., Tillmann FP., Thornhill TS. Rationale for prostaglandin I2 in bone marrow edema - from theory to application. Arthritis Research and Therapy. 2008, 10:R120.
3. Disch AC., Matziolis G., Perka C. The management of necrosis-associated and idiopathic bone-marrow oedema of the proximal femur by intravenous iloprost. J Bone Joint Surg (Br) 2005; 87 - B: 560 - 4.
4. Meizer R., Radda C., Stolz G.. MRI-controlled analysis of 104 patients with painful bone marrow edema in different joint localizations treated with the cyclo-oxygenase inhibitor iloprost. Wien Klin Wochenschr. 2005 Apr; 117 (7-8): 278-286.