



Condrolisis ideopática de cadera

Hospital Universitario y politecnico La Fe

Torrecillas Serrano F.; Saez Padilla E. Enguídanos Sanchez C.; Cucó Sanz L; Bonete Lluch JD.;

Condrolisis ideopática de cadera

Torrecillas Serrano E.; Saez Padilla E. Enguídanos Sanchez C.; Cucó Sanz L; Bonete Lluch JD.;
Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia

Introducción

- Patología poco frecuente, principalmente caracterizada por dolor intenso, rigidez y pérdida de arco de movimiento pudiendo dar lugar a fusión articular.
- Es necesario descartar otras patologías más frecuentes como pueden ser enfermedades autoinmunes, necrosis avascular, epifisiolisis femoral proximal, dada la similitud.
- Se precisa de analítica completa y pruebas radiológicas para poder llegar al diagnóstico, característicamente la analítica sanguínea tiende a ser normal a excepción de VSG; el cual puede ser de hasta 30mm/s.
- Las pruebas radiológicas simples en estadios iniciales tienden a no mostrar alteraciones, siendo la RMN la prueba de imagen más sensible y precozmente alterada.



Estadios precoces de la enfermedad en cadera derecha

Estrechamiento de articulación. Pérdida de altura de cartilago articular en 6 meses tras progresión

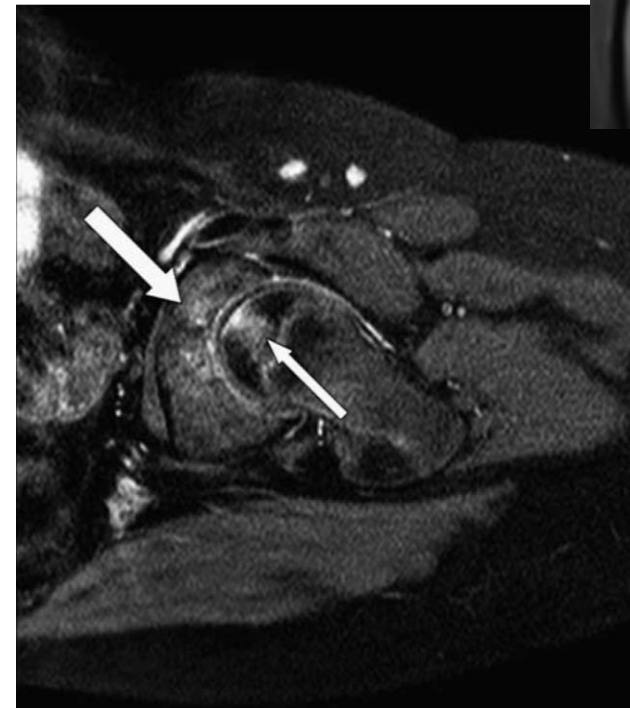
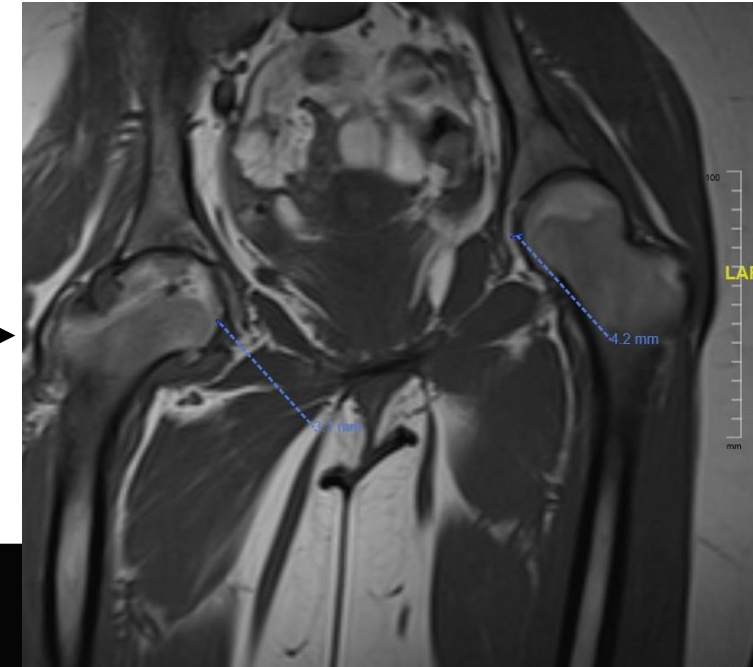
Condrolisis ideopática de cadera

Torrecillas Serrano F.; Saez Padilla E. Enguídanos Sanchez C.; Cucó Sanz L; Bonete Lluch JD.;
Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia

Diagnóstico

- La forma más frecuente de llegar al diagnóstico es a través de la clínica, teniendo una alta sospecha.
- Radiologicamente la articulación suele tener un espacio de 3.5mm a 7mm en pacientes sanos.
- La aparición de un espacio articular menor de 3mm junto con osteopenia y ausencia de osteofitos se considera un criterio diagnóstico.
- Una forma útil de valorar este dato es comparar con la contralateral dado que la afectación bilateral es especialmente rara.
- Clínicamente la única característica constante es la presencia de flexo de cadera, puede presentarse tanto rotación interna, externa.
- Se recomienda la toma de biopsias sinoviales si se opta por tratamiento quirúrgico.

Estadios precoces de la enfermedad



Estrechamiento de articulación. Perdida de altura de cartilago articular



Condrolisis ideopática de cadera

Torrecillas Serrano F.; Saez Padilla E. Enguídanos Sanchez C.; Cucó Sanz L; Bonete Lluch JD.;
Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia

Caso clínico

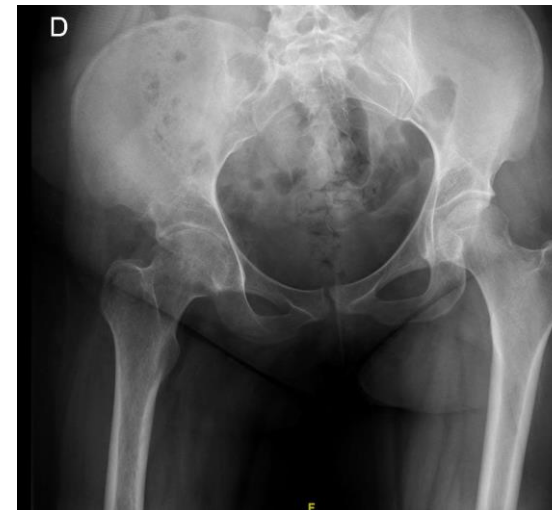
Mujer 20 años sin AP

- Refiere dolor inguinal de 1 año de evolución sin traumatismo.
- EF: cadera derecha en abducción, rotación externa, bascula pélvica y actitud escoliótica, dolor con la movilización activa y pasiva; Al movimiento rotación externa de 10°, rotación interna 5°, flexión de cadera 30°
- RMN: lesión en semiluna edematosa subcondral, pérdida de altura en espacio articular y derrame sinovial.
- Bajo anestesia exploración normal. Se realiza tenotomía de aductores. fijador- distractor de cadera articulado bajo control de escopia con dos fichas proximales supraacetabular y dos fichas femorales distales 2 meses y 9 días.

Analítica anodina

Diagnostico y tratamiento

Colocación durante 2 meses y 9 días,
Fijador-distractor con intención
de recuperación
de espacio articular,
aumento de vascularización



Última revisión 5 meses tras
retirada de fijador externo,
pequeña mejoría radiologica pero
paciente asintomática

Condrolisis ideopática de cadera

Torrecillas Serrano F.; Saez Padilla E. Enguídanos Sanchez C.; Cucó Sanz L; Bonete Lluch JD.;
Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia

Conclusiones

- Condrolisis ideopática es una entidad rara que puede afectar cualquier articulación; se caracteriza por pérdida rápida de altura articular.
- Algunos autores abogan por un tratamiento agresivo inicial mientras otros un abordaje conservador con AINES y RHB aunque este último con escasa mejoría.
- Exploración temprana bajo anestesia general seguida de tenotomía de contracturas más capsulotomía anterior puede ser de especial ayuda.
- Una opción a contemplar con casos resistentes es el uso de fijador externo, explicación a la mejoría no ha sido claramente explicada.

• Bibliografía:

Yapp LZ, McClymont L, Beggs I, Gaston P, Salter DM. Adult-onset idiopathic chondrolysis of the hip. *Skeletal Radiol*. 2017 May;46(5):687-691. doi: 10.1007/s00256-017-2589-6. Epub 2017 Feb 13. PMID: 28194488.

Korula RJ, Jebara J, David KS. Idiopathic chondrolysis of the hip: medium- to long-term results. *ANZ J Surg*. 2005 Sep;75(9):750-3. doi: 10.1111/j.1445-2197.2005.03512.x. PMID: 16173986.

Segaren N, Abdul-Jabar HB, Segaren N, Hashemi-Nejad A. Idiopathic chondrolysis of the hip: presentation, natural history and treatment options. *J Pediatr Orthop B*. 2014 Mar;23(2):112-6. doi: 10.1097/BPB.000000000000019. PMID: 24276116

García-Mata S, Jiménez Sarmiento O, Duart Clemente J, Hidalgo Ovejero A. Condrolisis idiopática de cadera. Evolución a largo plazo [Idiopathic chondrolysis of the hip. Long-term follow-up of a case]. *An Sist Sanit Navar*. 2016 Mayo-Agosto;39(2):309-14. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0262. PMID: 27599959.

Sureka J, Jakkani RK, Inbaraj A, Panwar S. Idiopathic chondrolysis of hip. *Jpn J Radiol*. 2011 May;29(4):283-5. doi: 10.1007/s11604-010-0549-3. Epub 2011 May 24. PMID: 21607844.