



Osteocondropatia/edema osseo della testa del femore

Paolo Di Benedetto*

Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Anamnesi

Signore di anni 77, pensionato.

Buone condizioni generali.

Co-morbilità: ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, intolleranza glucidica, ipotiroidismo iatrogeno, dislipidemia, discoartrosi multipla, recente artroprotesi di anca destra effettuata due anni orsono.

In trattamento farmacologico con Cordarone 1 cp al mattino, Pantorc 40 1 cp, Totalip 20 1 cp, Eutirox 50 1 cp, Coumadin secondo INR.

Motivo del consulto

Da oltre un mese, lamenta dolore inguino-crutale a sinistra in corso di deambulazione o nella stazione eretta prolungata, dolore che recede completamente in posizione seduta e distesa.

Esame obiettivo

Nulla apparentemente di neurologico.

Rachide atteggiato in lieve postura L/S con lieve scoliosi dorso-lombare e rettilineizzazione della lordosi lombare. Tratto L/S: ridotta la flessione anteriore, ma soprattutto limitata e dolente è l'estensione.

Coxo-femorali: articolarietà non limitata a destra; a sinistra la flessione è ridotta (100°), così come l'intrarotazione; FABER test dubbio. Nulla alle sacro-iliache. Nulla in sede gran trocanterica. Lieve retrazione dei muscoli ischio-crutali; Valsalva e Lasègue negativi; Wasserman dubbia a sinistra. Non segni radicolari agli arti inferiori. Non deficit sensitivo-motori. Riflessi muscolari torpidi (ma elicetabili con m. di Jendrassik).

Deambulazione con zoppia di fuga a sinistra.

Imaging

RMN cervicale lombare (2014): “Ernie discali multiple in sede cervicale con riduzione del canale vertebrale; disidratazione diffusa discale lombare con ernia discale L5-S1 e stenosi del cv lombare superiore...”

* Corresponding author: Paolo Di Benedetto (pdibenedetto48@gmail.com)

Rx bacino (2014): “Nulla da segnalare” (*fig. 1*).

Diagnosi

Ipotesi diagnostica:

1. *Sindrome irritativa L2-L3 di sinistra in soggetto con stenosi del canale vertebrale lombare alto*
2. *Osteocondropatia/edema osseo della testa del femore di sinistra*

Proposta terapia farmacologica con Deltacortene 25 mg 1 cp (a scalare, ogni 5 gg a ½ cp, indi a ¼ cp, poi a ¼ cp a gg alterni per una settimana) nell’ipotesi si trattasse di una stenosi del canale vertebrale lombare alto (vedasi RMN e obiettività). Veniva comunque richiesta una Rx bacino che evidenziava solo lievi segni di coxartrosi sinistra (foto 1).

Al controllo del 30.08, nonostante alla obiettività ci fosse un miglioramento dell’estensione del tratto L/S, si richiedeva una RMN del bacino che confermava l’edema della testa femorale (*fig. 2*).

Si consigliava riposo (ridurre la deambulazione allo stretto necessario) e terapia con alendronato 70 1 cp alla settimana, Vit. D e calcio per 3 mesi.

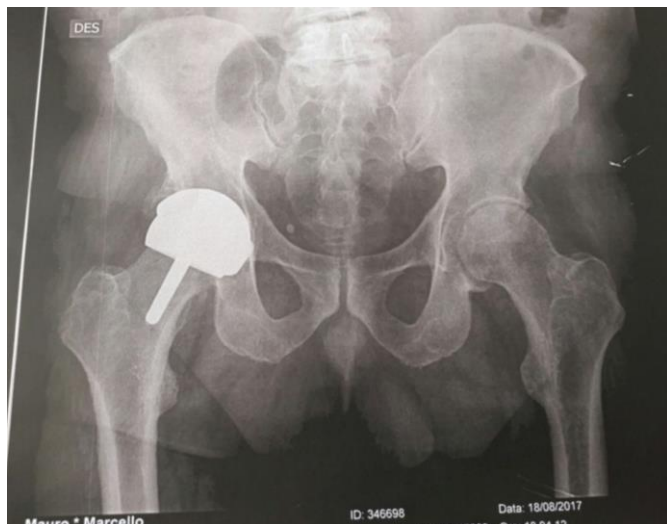


Fig. 1



Fig. 2

Bibliografia

1. Hofmann S, Engel A, Neuhold A, Leder K, Kramer J, Plenk H. Bone-marrow oedema syndrome and transient osteoporosis of the hip An MRI-controlled study of treatment by core decompression. *J Bone Joint Surg Br.* 1993 Mar;75(2):210-216.
2. Massara A, Orzincolo C, Prandini N, Trotta F. Le osteoporosi transitorie regionali. *Reumatismo.* 2005 Jan-Mar;57(1):5-15.
3. Meizer R, Meraner D, Meizer E, Radda C, Landsfield F, Aigner N. Outcome of painful bone marrow edema of the femoral head following treatment with parental iloprost. *Indian J Orthop* 2009 Jan;43(1):36-39.
4. Berman N, Brent H, Chang G, Honig S. Transient osteoporosis: not just the hip to worry about. *Bone Rep.* 2016 Oct 15;5:308-311.
5. Iannò B, De Gori M, Familiari F, Pugliese T, Gasparini G. Transient osteoporosis of the hip with a contralateral delayed involvement: a case report. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2017 Jan-Apr;14(1):83-86.
6. Di Benedetto P, Masè N. Osservazioni cliniche sull’osteoporosi transitoria dell’anca. *Eur Med Phys.* 1991;27:179-180.