

# OSTEONECROSIS EN PACIENTE HIV

0586

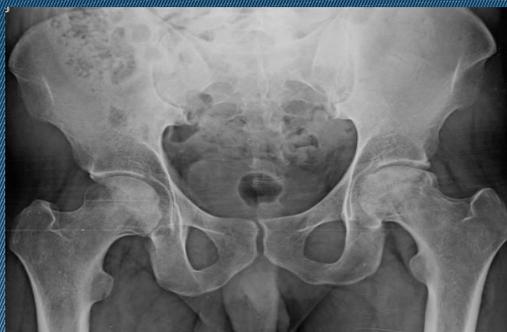
MV Ferro<sup>1</sup>, CB Ajalla<sup>1</sup>, MA Ojeda<sup>1</sup>, CE Remondegui<sup>1</sup>



**INTRODUCCIÓN:** La osteonecrosis (ON), o necrosis avascular tiene una mayor incidencia en pacientes HIV. 86% tiene al menos 1 FR: altas dosis y períodos prolongados de glucocorticoides, TARV con IP, restauración inmune, vasculitis (Ac anticardiolipina séricos), dislipidemia y alcoholismo. El 85% de los casos presenta afección de la cabeza femoral y el 50% es bilateral.

## RESUMEN CLÍNICO:

Masculino, 29 años. Etilista. (2012) Dx OMSB24 en contexto TB diseminada, con hemoBAAR (+). Cumplió tratamiento TB sensible 1 año. Persistencia BAAR en esputo post BAL Sensibilidad: TB poliresistente. Continúa 1 año más con Etonamida, Cicloserina, Amikacina, Moxifloxacina y Etambutol. (2014) 1er fallo virológico. Se rota: TDF/3TC + Atazanavir/ Ritonavir. (2015) artralgia tobillo izquierdo. Mejoría con AINES. (2016) omalgia derecha que cede con la actividad + diclofenac. Se indican: RX hombro + consulta con Traumatología. Luego agrega coxalgia izquierda. Se extravían RX. Paciente no realiza interconsultas.



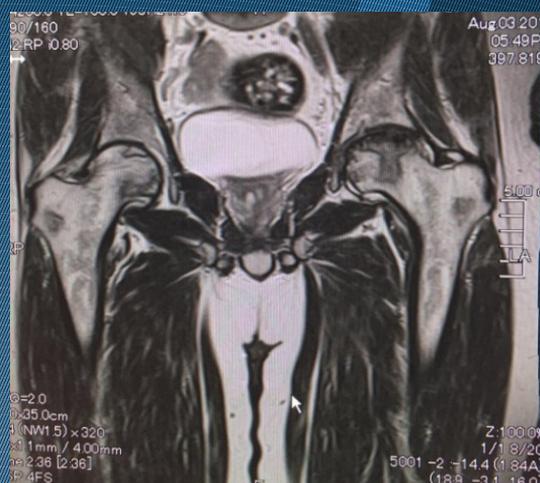
Persistencia artralgiás. Se interna. Con RX compatible con ON. Se interconsulta con Reumatología indica bifosfonatos + calcio + vit D y RMN de cadera/hombro.

Con 2do fallo virológico, se rota a: 3TC/AZT+RALTEGRAVIR.

Traumatología solicita descartar TB activa antes de proceder a reemplazo total de cadera (RTC). A pedido de dicho servicio se solicita PPD/FBC con BAL/ valoración por Tisiología. Se realiza biopsia de cabeza femoral izquierda. Actualmente paciente en plan de RTC

## EX. COMPLEMENTARIOS:

TG 251. HDL 38. ESD 118. PCR 1/40. Ac. Anticardiolipinas:(-). PPD: 17 mm. Cultivos BAAR pre-pos BAL: negativos. **RMN de hombro y caderas:** necrosis avascular de ambas caderas y cabeza humeral derecha. Infartos óseos en ambos trocánteres mayores. **DMO:** densidad ósea anormalmente baja. **CENTELLOGRAMA:** aumento vascularización y alteración estructura ósea en cabeza femoral izquierda. **Biopsia:** Tejido esponjoso de cadera, necrosis del tipo avascular (infarto óseo). Gram Negativo. Cultivo BAAR: No desarrolla



## CONCLUSIONES:

Sospechar ON en todo paciente HIV con artralgia persistente sin respuesta a AINES aún con RX inicial normal

Para descartar la etiología tuberculosa en los casos de diagnóstico radiológico de ON, cuando el paciente es residente de zona endémica, muy útil tinción Z-N, no así los hallazgos imagenológicos. La demora en intervención quirúrgica no debe ser una limitante si existe un alto pre-test.