

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS .-

"EPIFISIOLESTESIS DE LA CABEZA FEMORAL, REVISION DE
CONCEPTOS, PRESENTACION DE DOS CASOS".-

T E S I S
=====

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA.-

P O R

DANIEL EDUARDO ZAMORA AGUIRRE.-

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA ~~DE:~~

MEDICO Y CIRUJANO.-

0
0

GUATEMALA, JUNIO DE 1,965.-

P R E F A C I O . -
=====

He pedido observar a travez de mis prácticas hospitalarias en diversos centros de nuestro país, que ciertas enfermedades son desconocidas para muchos médicos y practicantes, quizá debido a la poca frecuencia con que se presentan; - Tal es el caso de la Epifisiolésesis de la Cabeza femoral que se presenta enraras ocasiones, pero de la cuál tenemos varios casos en nuestro país, y por lo tanto es indispensable tener por lo menos un conocimiento básico de ella, ya que debemos pensar en lo importante que es hacer un diagnóstico precoz, con el objeto de evitar secuelas lamentables más tarde.

Por otra parte una vez que se ha establecido el cuadro preciso, es indispensable dirigir el caso por el camino debido, para evitar desastrosas consecuencias. Como puede verse, nunca está de más que a nuestros conocimientos sumemos algo acerca de la Epifisiolésesis de la Cabeza Femoral.

El presente estudio pretende exponer a la vista de Médicos y Estudiantes, esta dolencia, pidiendo excusas de antemano, ya que nuestros datos no son completos precisamente por la rareza de esta enfermedad, pero se ha tratado de hacerlos lo más exacto posible.-

I N D I C E :

PREFACIO

PRIMERA PARTE:

Capítulo I Introducción

Capítulo II Objetivos
 ANTECEDENTES

1) Anatomía de la articulación Coxofemoral

2) Embriología del Fémur

Capítulo III CONSIDERACIONES CLINICAS

1) Definición

2) Frecuencia

- A) Sexo
- B) Edad
- C) Tipo constitucional
- D) Raza
- E) Bilateralidad

3) Etiología

4) Clasificación

5) Patogenia y Anatomía Patológica

6) Diagnóstico

- A) Precoz
- b) Tardío
- C) Dx. Diferencial
- D) Dx. Radiológico

7) Exámenes de laboratorio

8) Tratamiento

9) Pronóstico

SEGUNDA PARTE:

Página.

MATERIAL Y METODO.

Capítulo	IV	presentación de dos casos.
Capítulo	V	Discución.
Capítulo	VI	Conclusiones.
Capítulo	VII	Sumario.
Capítulo	VIII	Apéndice.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Llamar la atención Acerca de la existencia de esta dolencia en nuestro medio.-
- 2) Dar un conocimiento básico con respecto al diagnóstico, y -
terapéutica empleada en dichos pacientes.-
- 3) Incitar a la investigación de esta entidad.-
- 4) Estimular a los estudiantes a que pongan en conocimiento en
fermedades practicamente desconocidas.-
- 5) Presentar este trabajo como una mínima colaboración a la es
pecialidad de Ortopedia y traumatología.-

ANTECEDENTES

Hemos podido comprobar después de una revisión exacta de los antecedentes de esta enfermedad en nuestro país, que es éste precisamente, el primer estudio que se lleva a cabo con miras a demostrar la existencia de esta dolencia en nuestro medio. Respecto a antecedentes de autores extranjeros, se podrán observar a través del estudio de nuestra tesis.

Primera parte:

INTRODUCCION:
))-----((

Capítulo 1.-

Con la denominación de Epifisiolestesis de la Cabeza Femoral se designa al deslizamiento de la Epífisis Femoral superior o proximal, cuyas características veremos más detenidamente en las siguientes páginas.-

Debido a la rareza de la enfermedad, nos fué absolutamente imposible presentar el número de casos que hubiéramos deseado, - pero creemos que con lo que aquí se presente el lector formará su propio criterio.¹⁻²

En la primera parte se expendrán los elementos básicos de las consideraciones clínicas, y en la segunda parte se analizará la presentación de casos, con sus respectivas reproducciones radiográficas.-

Por último se analizan los resultados y se establecen conclusiones, anotándose naturalmente el sumario, apéndice y Bibliográfica del mismo.

1.- Anatomía de la Articulación Coxofemoral.

La articulación de la cadera o coxofemoral, establece la unión entre el fémur y el hueso coxal, constituyendo el tipo más perfecto de las enartrosis.⁻¹²

Superficies articulares:

Por parte del fémur tenemos en primer lugar a la cabeza femoral, lisa, aproximadamente dos tercios de una esfera, la cual se encuentra vuelta hacia arriba, adentro y un poco hacia adelante; casi en el centro de la misma se encuentra la fosita de la cabeza para la inserción del ligamento redondo, estando el resto recubierto de cartílago hialino. La cabeza se une al resto del hueso por una porción más estrecha llamada cuello anatómico; por arriba y afuera del cuello está situado el gran trocánter y por abajo y atrás, el pequeño trocánter los cuales se unen mediante las líneas intertrocanterea anterior y posterior.⁻¹² El hueso coxal presenta como superficies articulares la cavidad cotiloidea, que corresponde aproximadamente a la mitad de una esfera hueca, y cuyo borde llamado ceja cotiloidea, presenta tres escotaduras a saber: la iliopúbica, la ilioisquiática y la isquiopúbica. Además la cavidad está rodeada por el redete cotiloideo que contribuye a aumentar la cavidad hasta alcanzar los dos tercios de una esfera.⁻¹²

Medios de unión:

Se encuentran formados por la cápsula articular, reforzada por ligamentos periféricos y un ligamento intraarticular.

La cápsula articular tiene la forma de un manguito, insertándose por arriba en el contorno de la ceja cotiloidea y cara externa del redete, respetando el orificio isquiopúbico; por abajo en el fémur, la cápsula se inserta por delante de la línea intertrocanterea anterior y por detrás en el límite interno del tercio externo del cuello,

La arteria ilíaca interna proporciona varias arterias a la articulación de la cadera por mediación de tres de sus ramas; la obturatriz, la isquiática y la glútea.⁻¹²

La obturatriz por su rama de bifurcación externa da la ramilla acetabularia. La isquiática desprende finas arteriolas hacia la cara posterior de la articulación, y por último la glútea, por su rama profunda, envía algunas ramitas articulares que llegan a la articulación perforando la parte inferior del músculo glúteo menor.⁻¹³

Inervación de la Articulación.

Los nervios de la articulación se distinguen en anteriores y posteriores.

A) Los nervios anteriores destinados a la cara anterior de la cápsula articular, emanan del plexo lumbar por intermediación del obturador, el cual envía a la articulación múltiples ramas.

B) Los nervios posteriores se distribuyen por la cara posterior de la cápsula y proceden del plexo sacro, ya directamente o bien por mediación de ciático menor o del mayor.⁻¹²

Movimientos de la Articulación:

De Flexión: producidos principalmente por la acción del psoas ilíaco y secundariamente por el sartorio y el recto anterior.

De extensión: Por la acción de los glúteos mayor y medio, así como del biceps crural, semitendinoso y semimembranoso.

De abducción: Ejecutado por los tres glúteos, el piramidal y el tensor de la fascia lata.

De aducción: Realizado por los aductores y el recto interno.

De rotación externa: Intervienen los tres glúteos, el piramidal, los obturadores, los gemelos y el cuadrado crural.

De rotación interna: Verificados por los haces anteriores de los glúteos pequeño y mediano.⁻¹³

A continuación mostramos un diagrama en el que puede verse la forma en que se verifica la circulación sanguínea de la epífisis femoral su perior o proximal.⁵

2.- Embriología del Fémur.-

El fémur se desarrolla por cinco puntos de osificación: uno primitivo para el cuerpo y cuatro complementarios para los extremos.¹³

El punto primitivo aparece en el centro de la diáfisis al comienzo del segundo mes de la vida fetal, se extiende rápidamente hacia arriba y abajo, llegando por arriba hasta la cabeza femoral, formando pues, una buena parte del extremo superior, siendo el cuello una de sus principales dependencias.¹³

De los cuatro puntos secundarios, tres pertenecen al extremo superior y uno al extremo inferior; nos concretaremos al estudio de los superiores, por ser esta la parte que trataremos en nuestra tesis, los cuales tiene lugar así: Al comienzo del segundo año aparece el punto para la cabeza, a los tres años para el trocánter mayor, y entre los ocho y los quince años para el trocánter menor.⁹ La soldadura de los diferentes puntos de osificación del fémur se verifica de la siguiente manera: Los trocánteres mayor y menor se sueldan a la diáfisis de los 16 a los 18 años y a la cabeza femoral un año más tarde, ésta soldadura marcha de atrás a delante y por lo regular se completa hasta los 20 o 22 años.¹³

CAPITULO III

CONSIDERACIONES CLINICAS.

1.- Definición:

La epifisiolestesis de la cabeza femoral, llamada también también epifisiólisis de la cabeza femoral,¹⁴ Coxa anteverta epifisiaria (Milch),¹⁴ Coxa vara epifisiaria del adolescente (Key)⁹ o deslizamiento gradual de la epífisis proximal de fémur (Campbell y Fergunso),³⁻⁵ es el deslizamiento de la epífisis femoral superior a nivel de la línea de separación que asienta en la unión de la metáfisis con el cartílago epifisiario; este deslizamiento se hace hacia atrás y algo hacia abajo, pero diferenciándose de otras separaciones epifisiarias traumáticas, en que no lleva con ella un fragmento triangular del borde de la diáfisis sobre la que está desplazada.¹⁴

2.- Frecuencia:

No se ha establecido con seguridad la frecuencia de esta dolencia y aunque se presume sumamente rara, posiblemente el índice con que se presenta es más alto del que creemos.

Como referencia en nuestro medio, mencionaremos que en 4985 operaciones efectuadas en 14 años en el centro de Recuperación, únicamente pudo comprobarse un caso, tratándose de operaciones ortopédicas.¹

En Clínicas particulares la frecuencia sube un poco quizás debido a que las personas de este medio, tienen más facilidad de consultar al Médico.

A) Sexo:

El sexo masculino es más afectado en proporción de 5 a 1 según Fergunson.⁵

Este porcentaje no ha podido comprobarse exactamente en nuestro medio, pero se supone que está acorde con los datos de autores extranjeros.

deras, de 95 pacientes de raza negra, se concluyó en el pronóstico malo, aunque aún no ha podido establecerse la causa de esto. Estas observaciones fueron confirmadas por Campbell.⁻³

E.) Bilateralidad:

La bilateralidad ha sido observada en 25 a 30% de los casos por Watson Jones,⁻¹⁴ en 30% por Campbell⁻³ y en 15% por KEY y Conwal.⁻⁴ Se ha visto que cuando se desplaza la epífisis de la otra cadera, ésta se hace aunque el paciente se encuentre en absoluto reposo, y se han observado casos de desplazamientos contralateral con pacientes que tenían puestos aparatos de yeso para inmovilización.⁻¹⁹

3.- ETIOLOGIA:

Se desconoce la etiología específica, pero se pueden presumir los factores etiológicos, los cuales agruparemos bajo tres epígrafes:

a) Un trastorno endócrino que predispone al desplazamiento de la epífisis durante un período de los 9 a 18 días, más específicamente durante un período de 12 a 18 meses de la pubertad, asociado con adiposidad e hipogenitalismo (Síndrome de Frölich), bajo la acción hipofisiaria manifestada por un hipopituitarismo.⁻¹⁹

b) Una retracción muscular que produce un desplazamiento gradual e insidioso, en ausencia de traumatismo, y aún sin la intervención del peso del cuerpo.⁻¹⁴

c-) Un traumatismo como causa desencadenante, el cual pudiera ser una torcedura o un tropezón, que algunas veces precipita la producción de un desplazamiento epifisario en un adolescente aparentemente normal.⁻⁹⁻¹⁹

4. Clasificación:

La clasificación de Campbell que a continuación ponemos, es a nuestro juicio la adecuada, ya que en ella se incluyen todos los tipos.³

Tipo I.

Deslizamiento gradual en la cual la epífisis se ha desplazado menos de una tercera parte del diámetro del cuello.

Tipo II.

Deslizamiento gradual en la cual la epífisis se ha desplazado uno o más del diámetro del cuello.

Tipo III.

Deslizamiento debido a mal unión epifisiaria.

Tipo IV.

Separación aguda traumática de la epífisis.

Tipo V.

Deslizamiento antiguo de la epífisis con degeneración osteoartrítica, anquilosis y posible coxae malum senilis.

5.- Patogenia y Anatomía Patológica:

El término empleado por Milch en 1937 de coxa vara anteverta, constituye una descripción bastante precisa de la lesión, ya que el desplazamiento primario e importante de la epífisis no se produce hacia abajo, sino hacia atrás.¹⁹ A medida que la epífisis gira hacia atrás, alcanza el límite de distensión el ligamento redondo, pero esto no detiene el desplazamiento. Entonces todo el miembro gira hacia afuera con el objeto de mantener una posición más o menos central de la epífisis en el acetábulo, y cuanto más se desplaza la epífisis, mayor es el grado de deformidad que se desarrolla en rotación externa. Al final el deslizamiento es dete-

hido porque sus bordes se fijan a la fosa trocanteriana en la cara posterior del cuello del fémur, siendo entonces cuando la deformidad alcanza los 90 grados en rotación externa.⁻¹⁹

Ateniéndonos a nuestra clasificación, agregaremos que en el tipo I y II la epífisis no ha estado nunca floja sobre el cuello, y en ningún momento se ha desplazado una distancia apreciable.

La cabeza migra gradualmente hacia la parte distal, posterior y mediana, y al volverle la deformidad más severa, se forma un callo óseo en la unión de la epífisis con el cuello, en la cara inferior y posterior.⁻³

Los Tipos III y V aparecen cuando la afección no ha sido tratada y la epífisis se ha soldado en mala posición.⁻³

El Tipo IV es causado por un trauma agudo, el cual separa una epífisis normal o bien a una epífisis la cual ya había estado desliziándose gradualmente y el trauma se encargó de desencadenar el cuadro agudo.⁻³

Key y Cornwall dividen la dolencia en traumática y no traumática.⁻⁹

En el primer término se incluyen los casos agudos, en que la cabeza está unida al cuello por una tira de perisotio, que se ha desprendido de la región inferoposterior del cuello. El ligamento redondo no está roto y la cabeza continua en el acetábulo, aunque el cuello del fémur está desplazado hacia arriba y en rotación externa. A menos que exista traumatismo agudo, la cápsula articular está intacta y hay poco daño en las partes blandas.⁻⁹

Cuando se trata de un caso traumático antiguo no reducido, la cabeza está firmemente unida a la cara posteroinferior del cuello y está más o menos deformada y atrofiada, con presencia de tejido fibroso.⁻⁹

En el tipo no traumático sucede lo siguiente: Si la alteración es

reciente, la cabeza está todavía unida al extremo proximal del cuello, aunque desplazada hacia abajo y atrás en grado variable. El deslizamiento ocurre lentamente y continúa progresando durante un período de dos a tres años hasta que por fin la cara epifisiaria de la cabeza queda aplicada a la cara posteroinferior de la porción proximal del cuello. Como la cabeza en el acetábulo, el fémur está en abducción, flexión, y rotación externa sobre la cabeza y el deslizamiento de la cabeza puede detenerse en cualquier momento.⁹ En los casos antiguos no traumáticos el cuadro patológico es casi el mismo que en los desprendimientos epifisarios crónicos.

Antiguamente se preconizaba una fase de pre-deslizamiento, creyéndose que podían descubrirse ciertos signos que indicaban que el deslizamiento estaba a punto de producirse, pero al perfeccionar la técnica radiográfica, se comprobó que no existe tal etapa, ya que de haberse practicado radiografías, laterales, y no solo anteroposteriores como era lo usual, se habría encontrado que evidentemente la epífisis ya estaba desplazada.⁷⁻¹⁴

Cabe hacer la salvedad que la única excepción en este caso, es cuando la coxa vara es debido a raquismo renal, en cuyo caso las manifestaciones de enfermedad ósea pueden proceder al desplazamiento.¹⁴ Localmente, la irritación de la articulación, se traduce en edema e hiperemia del la sinovial.³

Más tarde aparte de estos cambios se suman infiltraciones linfocíticas perivasculares y se advierten formaciones villosas. Posteriormente puede verse la articulación envuelta en tejido fibroso.

Al verificarse el deslizamiento, la epífisis no se separa del cuello de una manera total, sino que queda unido mediante periostio y tejido fibroso.³

El disco epifisiario permanece pegado a la cabeza y el deslizamiento se verifica en las capas más distales.

Los ángulos entre el cuello y la epífisis se llenan con calcio óseo.

El cartílago articular aparece normal.

El tejido fibroso azulado que cubre la parte del cuello que anteriormente estaba continuo a la línea epifisiaria se torna suave, y tiende a esconder la línea epifisiaria.

Cambios posteriores de la enfermedad revelan una cápsula firme, esclerosada y engrosada, habiendo además cambios en el ángulo inferior de la epífisis en el cual aparece tejido óseo. - 3

A continuación presentamos un esquema en el que se muestran deslizamientos que pueden verse uno en anteroposterior y otro en lateral así como la relación normal de la epífisis femoral. - 5

-----0o0o0-----

6.- DIAGNOSTICO:

A- Diagnóstico precoz:

Es de gran importancia el diagnóstico clínico precoz, ya que de aquí dependerá en gran parte del éxito del tratamiento.¹⁴

Si se nos presenta un adolescente entre los 9 y 17 años, que presenta cojera intermitente o se queja de una rigidez ocasional a nivel del muslo y de la rodilla, debemos sospechar la coxa vara epfisaria.¹⁴ Muchas veces el dolor en la rodilla es más frecuente que en la cadera. El signo clínico importante es la limitación del movimiento de rotación interna.¹⁴ Deberá precisarse exactamente la extensión del movimiento en grados; la práctica corriente de hacer girar de un modo superficial el miembro extendido de un lado a otro es inútil. Se deberán fijar las articulaciones de la cadera y de la rodilla en ángulo recto, utilizándose el miembro inferior como la punta de un compás. Es fácil demostrar que el movimiento de rotación interna está disminuida de 30 a 40 grados. El grado de rotación externa puede estar aumentado en unos 50 a 60 grados.¹⁴

Además es imposible flexionar por completo la cadera como sucede normalmente, de modo que la rodilla llegue a tocar la cara anterior del tórax.¹⁰

La rotación de la cabeza femoral hacia atrás y abajo han impuesto un nuevo eje al movimiento de flexión de la articulación, y cuanto más se flexiona, más se separan las rodillas de la línea media. En la flexión completa de la cadera, la rodilla está al lado de la pared del tórax cerca de la línea axilar, y el miembro se encuentra en rotación externa.¹⁴ Pudieran faltar todos estos signos, pero insistimos en que basta que un adolescente se haya quejado de cojera o de rigidez intermitentes, y que el movi-

miento de rotación interna de la cadera esté reducido, para que se justifique un imperativo examen radiográfico completo.⁻¹⁴

B.- Diagnóstico Clínico Tardío:

Los signos clínicos de una epífisis femoral muy desplazada son típicos; se trata por lo general de un muchacho en la pubertad con peso por encima de lo normal y el cual presenta una limitación de todos los movimientos de la cadera, con un ligero acortamiento del miembro afectado; por otra parte no existe deformidad en flexión pero sí de 40 a 90 grados de rotación externa.⁻¹⁴ Naturalmente que estos signos son inconfundible, pero como dice Watson Jones: no debieron haberse presentado jamás, o dicho en otras palabras, el diagnóstico se ha hecho tardíamente; es esto pues lo que se llama diagnóstico tardío, y la epífisis se halla completamente desplazada, y se está fijando en posición deformada, por lo que no puede esperarse un resultado satisfactorio, sea cual fuere el tratamiento aplicado.⁻¹⁴

Por eso es que Lee Meyer dice: "Después de diez años de estudios caracterizados por numerosos desastres debido a la ignorancia, nos damos cuenta que el factor que tiene importancia primordial para el éxito del tratamiento, es el diagnóstico precoz."⁻¹⁴

Key nos describe el diagnóstico del tipo traumático agudo, el cual recuerda una fractura del cuello del fémur.⁻⁹ Por lo general hay antecedentes de traumatismo el cual pudo haber sido leve como una torcedura o tropezón o bien la caída de una silla o una escalera. El paciente experimenta un dolor violento de la cadera seguido de incapacidad para estar en pie o mover activamente la articulación. En el examen físico se observa hinchazón en el triángulo de Scarpa y ligero acortamiento de 1 a 3 cms. del miembro afectado, man te-

niéndose el muslo en rotación externa y ligera aducción. Los movimientos activos de la cadera se hacen imposibles y los pasivos causan dolor intenso; puede percibirse una suave crepitación cartilaginosa.-⁹

El diagnóstico se confirma a los rayos X, tal como lo describiremos luego.

Cuando se trata del tipo no traumático, el diagnóstico se hace más difícil, y generalmente no se llega a él sino hasta que han pasado meses o aún años del comienzo de los síntomas.

Caracteriza al cuadro la alternabilidad de períodos de dolor e incapacidad de la cadera, los cuales se acentúan cada vez más. En los intervalos hay alivio en los cuales el funcionamiento del cadera es casi normal.-⁹

El dolor puede estar localizado en la cadera, en la rodilla o a lo largo de la cara interna del muslo y en ocasiones no es lo suficientemente agudo como para consultar al médico, soportándolo el enfermo en su casa; ocasionalmente el dolor obliga al enfermo a guardar cama durante varias semanas.-⁹

En el examen físico se observa el miembro en rotación externa con ligera aducción y grado variable de flexión permanente, o a lo menos, pérdida de la extensión.-⁹

El grado de la movilidad de la cadera depende en gran parte de que la articulación se encuentre o no en un período doloroso. En los intervalos sin dolor la cadera puede moverse libremente sin experimentar molestias dolorosas, pero existe cierta limitación de la rotación interna, aducción y extensión.-⁹

Si el examen coincide con una etapa dolorosa, la cabeza puede aparecer inmovilizada en rotación externa y flexión, debido a la contracción muscular.-⁹

Puede encontrarse ligero acortamiento del miembro afectado,

A continuación describiremos la técnica de la radiografía lateral, para luego entrar a describir en sí, el cuadro radiológico.

Técnica de la radiografía lateral:

En las etapas precoces cuando la cadera es relativamente móvil, se utiliza la posición de Lauenstein. Se flexiona la cadera casi hasta el ángulo recto, colocándose en rotación externa y en una abducción de 40 grados. Se levanta entonces la pelvis y el tronco en el lado opuesto para llevar el muslo de plano sobre la mesa radiográfica. Luego se centra el tubo sobre el cuello femoral y se utiliza el diafragma de Potter-Bucky de la manera habitual. Si la cadera fuese demasiado rígida o si el paciente tiene un aparato de yeso (spica), se emplea la técnica realizada durante las operaciones del cuello femoral fracturado de la siguiente manera: se coloca el miembro opuesto en abducción tan acentuada como sea posible, con el objeto de permitir colocar el tubo en el lado interno de la rodilla, dirigiéndose la placa por encima de la cresta ilíaca, oprimiéndola firmemente en la región lumbar de manera que forme un ángulo tal con el tronco que sea paralela al al cuello femoral. Como no puede usarse el diafragma de Potter-Bucky hay alguna pérdida de la precisión, pero puede mejorarse usando una reja de Lyshelm sobre la placa.⁻¹⁴

Signos Radiográficos Precoces:

Se observa tempranamente en la radiografía lateral, que la epífisis en forma de cubeta, no se adapta ya con precisión a la superficie curvada de la metáfisis. Una parte de la metáfisis aparece descubierta en la parte anterior y una prominencia de la epífisis se proyecta hacia atrás.⁻¹⁴

En la radiografía anteroposterior aparece un desplazamiento hacia abajo, y si traza una línea siguiendo el borde superior del cue-

lle femoral y se proyecta más allá de la epífisis y si toda la epífisis queda por debajo de dicha línea, se ha producido ya, un desplazamiento considerable.

En las etapas tardías el desplazamiento es generalmente evidente aún en las radiografías anteroposteriores. La epífisis está situada muy por debajo de su nivel normal, y está tan girada hacia atrás que no se vé ya de perfil.¹⁴

Puede observarse tempranamente engrosamiento de la línea epifisaria y una desmineralización irregular de área adyacente; la sombra cápsular es redondeada y prominente.⁻⁵

Klein y colaboradores enfatizan lo dicho con anterioridad de una línea marcada a lo largo de la superficie superior del cuello a la orilla externa del acetábulo, generalmente deja el ángulo lateral de la cabeza, fuera de la línea.

Un deslizamiento medial puede ser diagnosticado en vista anteroposterior de la cadera cuando la cabeza no es alcanzada por esta línea, sino que descansa dentro de la línea.

Posteriormente puede hacerse visible una desmineralización de la cabeza y cuello femorales.⁻⁵

Hay que tener en cuenta que la epífisis no siempre descansa en forma posterior y mediana al cuello, ya que en un estudio de radiografías anteroposteriores llevada a cabo por Klein y colaboradores, un deslizamiento medial fue aparente solo en 68% de los casos, mientras que en la vista lateral un deslizamiento posterior fué evidente en 98% de los casos.

El grado o distancia del deslizamiento se calcula por la placa lateral.⁻⁵

-----00000000-----

grado severo de deslizamiento debido a la reposición de la epífisis en relación al cuello.⁻⁵

Es necesario obtener una cadera funcional, la cual no degenerará más tarde en una limitación marcada producida por cambios artríticos.⁻⁸

Cuando el deslizamiento se asocia a un traumatismo agudo es posible en ocasiones manipular la cadera con rotación interna y abducción de la extremidad inferior afectada.

Cuando la manipulación suave tiene éxito la cadera debe ser fijada in situ.⁻⁵

Los casos restantes de deslizamiento agudo, requieren una astrotomía abierta para la corrección del defecto mecánico y luego fijación interna.

Se puede llegar a la articulación por vía anterior usando la incisión de Smith Petterson, o bien por vía posterior mediante la incisión de Gibson.⁻⁵

Cuando la operación se lleva a cabo sea por vía anterior o posterior, hay que tener presente que debe hacerse un manejo suave de la epífisis y un mantenimiento adecuado del flujo sanguíneo, recordando que las arterias femorales y circunflejas dan ramas hacia arriba al cuello femoral.⁻⁵⁻¹²

Las porciones superior, posterior e inferior de la cápsula son particularmente importantes. La cápsula debe ser dividida paralelamente a la ceja del acetábulo y pegada a éste.

Una incisión posterior, solo debe ser hecha en caso absolutamente necesario y deberá partir la cápsula en una línea que va en el cuello femoral, de modo que haya poca interferencia con la irrigación sanguínea.⁻⁵

Después que la cabeza es separada del cuello, la reducción es llevada a cabo con la ayuda de un deslizador de hueso, y seguida por

Cuando ha habido separación traumática de la epífisis (Tip IV) el pronóstico es peor porque hay mayor tendencia a desarrollar una necrosis avascular a pesar del tratamiento, pero el pronóstico mejorará cuando ya había un deslizamiento previo al traumatismo. En este tipo frecuentemente la epífisis puede ser manipulada hacia una posición satisfactoria por el método usado en la fractura del cuello femoral, pero esta manipulación está contraindicada. Cuando se trata de un deslizamiento antiguo de la epífisis, con degeneración osteoatrítica, anquilosis y cetera malum senilis (Tipo V) el pronóstico es dudoso y muchas veces malo, ya que lo único que se puede ofrecer al paciente es una mejoría ligera y paliativa.

El pronóstico en pacientes de raza negra es peor que en la raza caucásica, tal como lo describimos en el capítulo referente a raza (pag. 12) - 3

SEGUNDA PARTE.

MATERIAL Y METODOS A EMPLEAR.

DOS CASOS.

PRIMER CASO: CENTRO DE RECUPERACION.)

SEGUNDO CASO: HOSPITAL GENERAL DE GUATMALA.²

REVISION DE LOS ARCHIVOS DE AMBOS CENTOS HOSPITALARIOS.

SEGUNDA PARTE.

CAPITULO IV.

Presentación de dos casos:

A continuación presentamos dos casos característicos de la enfermedad que hemos descrito, y que consideramos son muy importantes ya que el primero de ellos es el único caso operado en el Centro de Recuperación de esta capital, el cual es una institución primordialmente ortopédica, y el segundo caso fué llevado al Hospital General por un estudiante de Medicina. De lo anterior se deduce la rareza de dicha enfermedad, por lo que los casos a describirse toman un interés especial.

Primer Caso: -'

A.V.G.M. de 13 años de edad, sexo femenino, estudiante, soltera, originaria y residente en esta capital, que ingresa al Centro de Recuperación el 18 de febrero de 1965.

Motivo de ingreso:

Claudicación del miembro inferior izquierdo, con dolor moderado del muslo y la rodilla del mismo lado, de 5 meses de evolución.

Historia:

Refiere l a paciente que sus molestias se iniciaron hace 5 meses con dolor en el muslo y rodilla izquierdos, que ocasionalmente se acentuaba, para luego desaparecer casi totalmente. Notó que el dolor se hacía más manifiesto al caminar, y fué entonces que sus padres notaron que claudicaba. Además se dieron cuenta que el miembro inferior izquierdo parecía estar más corto que el derecho. En dos ocasiones el dolor se agudizó de tal

manera, que la obligó a guardar cama y luego buscar un centro hospitalario, en donde únicamente le dieron tratamiento sintomático para aliviarle el dolor. En ocasión de bajar por tercera vez el hospital, el dolor de la rodilla y mulo es moderado, pero con tendencia a aumentar, siendo además, a claudicación más evidente.

Antecedentes: Negativos.

Revisión de Sistemas: Negativo.

Exámen Físico:

Paciente colaboradora, en regular estado geral, actitud de pie, claudica al caminar.

Talla: 1m 45cms. Peso: 107 lbs. P.A.: 110/70. Resp.: 18 X '
Temp.: 36.8 ° C.

Hallazgos Positivos:

Extremidades inferiores: derecha: Normal Izquierda: Se observa acortamiento de 2 cms. en relación al miembro derecho, manteniéndose en hiper-rotación externa con ligera aducción. No existe deformidad en flexión, pero presenta limitación de todos los movimientos de la cadera.

Se procedió de inmediato a practicar exámen radiológico, el cual resultó así:

SEGUNDO CASO: - 2

J.L. de 13 años de edad, sexo masculino, soltero, estudiante originario de residente en esta capital, que ingresa al Hospital -- General de Guatemala.-

Motivo de ingreso:

Traumatismo severo en el miembro inferior izquierdo.

Historia:

Refiere el paciente que en ocasión de encontrarse jugando pelota, sufrió un tropezón con la consiguiente dobladura del tobillo izquierdo, el cual le causó fuerte dolor a la altura de todo el miembro afectado; fué ayudado por otros compañeros de juego, ya que le era imposible ponerse en pié. El dolor y la imposibilidad de caminar lo obligaron a buscar hospital.

Antecedentes: Traumatismo referido en la Historia, resto negativos.

Revisión de Sistemas: Negativo;

Exámen Físico:

Paciente colaborador, ligeramente intranquilo, actitud decúbito dorsal.-

Talla 1.55 mts. Peso: 102 Lbs. P.A. 110/80. Pulso: 75 X'.

Resp; 20 X'. Temp: 37. 5 °C.

Hallazgos Positivos:

Extremidades inferiores: Derecha: Normal.

Izquierda: Edema grado I en todo el miembro inferior. Hiper-rotación externa. Se observa acortamiento del miembro afectado de unos tres centímetros aproximadamente.

La flexión puede llevarse a cabo sin deformidad, pero hay dolor y limitación a los movimientos de la cabeza..

Se ordenó un estudio radiográfico de la cadera, del cual mostramos una radiografía en la cual puede verse el típico deslizamiento de la epífisis femoral superior o proximal.

Actualmente el paciente está siendo objeto de estudio para considerar el tratamiento definitivo.-

CAPITULO V.

DISCUSION:

Los casos que acabamos de presentar, son muy cracterísticos. En el primero de ellos la paciente se encuentra dentro de la edad más frecuente, y aunque su constitución corresponde exactamente a un síndrome de Frölich, es de notar en ella, obesidad moderada.

Esta paciente corresponde al Tipo II de la clasificación descrita por Campbell, o sea un deslizamiento gradual, en la cual la epífisis se ha desplazado un tercio o más del diámetro del cuello femoral.⁻³

Cuando el caso fué visto en el Centro de reuperción, ya había un grado avanzado de deterioro de la cadera, y es aquí que quiero llamar la atención, ya que con anterioriad había sido vista en dos ocasiones en dos centros Hospitalarios diferentes en -- donde no se pensó ni se investigó dicha ddencia.-

El caso fué adecuadamente tratado por los médicos y personal del Centro de Recuperación, Efectuándose una intervención quirúrgica satisfactoria, los cual puede corroborarse comparando las radiografías pre y post operatorias, y tomando en cuenta que la paciente se encuentra aún en fase crítica, permaneciendo en un aparato de yeso (spica).-

Para concluir el comentario de este caso, quiero hacer notar que es ésta precisamente la manera en que debe controlarse adecuadamente a un paciente en tales condiciones y solo es de lamentarse el tiempo perdido en hacer el diagnóstico.⁻¹

El segundo caso constituye una lesión causada por un tramatismo, y corresponde al Tipo IV de la clasificación de Campbell o sea una separación aguda traumática de la epífisis.⁻³

En la radiografía puede verse el deslizamiento acentuado de la cabeza femoral, y el deslizamiento presumimos, se había iniciado antes del traumatismo, siendo éste la causa desencadenante del cuadro agudo de la enfermedad.-¹⁴

Actualmente el paciente se encuentra bajo estudio, considerándose la terapéutica definitiva y adecuada del caso.

Creemos que con los dos casos expuestos, el lector podrá formar su propio criterio con respecto a esta enfermedad y aunque nuestro deseo era presentar un número mayor de casos, no nos fué posible debido a la rareza de la enfermedad.-

Queremos dejar constancia de que agotamos hasta donde nos fué posible nuestra investigación, que incluyó archivos, Revistas, libros de texto, etc, todos ellos naturalmente afines de la rama de Ortopedia y Traumatología.-

CAPITULO VI.

CONCLUSIONES:

- 1.- El diagnóstico adecuado de esta enfermedad se hará si el médico general, el cirujano Ortopédico y el radiólogo se mantienen alertas en casos de molestias y dolores vados- de la cadera.-
- 2.- El examen físico de un paciente sospechoso debe ser cuidadoso y de preferencia hecho por un ortopedista.
- 3.- El diagnóstico clínico debe comprobarse mediante el diagnóstico radiológico.
- 4.- En un adolescente que se queja de cojera o rigidez intermitentes, y que el movimiento de rotación interna de la cadera esté reducido, se justifica y es imperativo el examen -- radiográfico completo.-
- 5.- La radiografía lateral es básica antes de descartar un cuadro de deslizamiento epifisiario femoral.
- 6.- Las radiografías son indispensables tanto en el período diagnóstico, como en el del tratamiento y controles posteriores.-
- 7.- En todo caso de deslizamiento de la cabeza femoral, debe hacerse un estudio radiográfico de ambas caderas.-
- 8.- La enfermedad se presenta en nuestro país.-
- 9.- Cuando no contemos con el material adecuado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, debemos remitirlo inmediatamente a un Centro adecuado para el mismo.¶

10.- Contamos en nuestro país con el material personal adecuado para el diagnóstico, estudio y tratamiento de dicha enfermedad.-

CAPITULO VI.

S U M A R I O:

- 1.- La epifisiolestesis de la Cabeza Femoral es un cuadro clínico caracterizado por síntomas y signos con períodos de - agravamiento y mejoría.-
- 2.- Es más frecuente observarlo en jóvenes con síndrome de Frölich o en aquellos de crecimiento rápido.-
- 3.- El cuadro se presenta en todas las razas entre las edades de 9 a 18 Años y abarca ambos sexos, con predominio del masculino en proporción de 5 a 1.-
- 4.- La bilateralidad de la lesión puede ser vista desde el 15 - hasta el 30 % de los casos.-
- 5.- La fisiopatología y el diagnóstico fueron descritos oportunamente.-
- 6.- El estudio radiográfico completo incluye las radiografías laterales y anteroposteriores de ambas caderas.-
- 7.- El tratamiento se efectuará de acuerdo a cada caso y var desde la inmovilización y tracción, hasta los diferentes pos de intervención quirúrgica.-
- 8.- No contamos con ningún examen de laboratorio que pueda firmar de el diagnóstico.-
- 9.- El pronóstico es variable en cada caso, dependiendo del tiempo de evolución y gravedad de la enfermedad.=

*****00*****

CAPITULO VII:

A P E N D I C E :

Me siento sumamente satisfecho de concluir este trabajo de tesis en el cual hemos agotado todo el material que pudimos recopilar al respecto, y nos sentiremos dichosos si con ello logramos llamar, aunque sea en mínima parte, la atención hacia el tema que abordamos en esta tesis.

Aprovecho esta oportunidad para patentizar mi agradecimiento a la Universidad de San Carlos de Guatemala, la cual a través de la Facultad de Ciencias Médicas ha logrado darnos mucha sabiduría, tanto en el campo científico y material, así como en el --moral y espiritual.-

Agradezco además a los centros Hospitalarios de nuestro país, -sin la ayuda de los cuales sería imposible la formación de Médicos y Cirujanos capacitados para solucionar, aunque sea en parte, el gran problema de la salud de nuestro pueblo.-

Por ultimo quiero agradecer a todas aquellas personas que desinteresadamente hicieron posible la publicación de esta tesis.-

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARCHIVO DEL CENTRO DE RECUPERACION.
- 2.- ARCHIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA.
- 3.- CAMPBELL. Operative Orthopedics.
4^a Ed. - 1963 - 921-932
- 4.- CASAGRANDE Ortopedia y Traumatología.
1^a Ed. - 1952 SALVAT
- 5.- Fergunson Albert B. Orthopedic Surgery in infancy
and Childhood. Segunda Edición 1963. 117. 126.
- 6.- INDEX MEDICUS. Sección Ortopedia. Facultad de
Ciencias Médicas.
- 7.- JEANBRAU E. JOSSE RAND P. ONBREDANNE L. Chirurgie
Réparatrice et orthopédique. Tomo II 1920.
- 8.- JUDET H. JUDET B. JUDET R. Traité des fractures
des Membres.. Tercera Edición 1948.-
- 9.- KEY J.A. CONWELL H.E. Fracturas, luxaciones y
esguinces. Tomo II. 1946. 898. 906.-
- 10.- KENNEY W.E. LARSON C.B. Orthopedics for the gene-
ral practitioner. 1957.
- 11.- LORENZ BOHLER. Técnica del tratamiento
de las fracturas. 1934.-
- 12.- QUIROZ FERNANDO.- Anatomía Humana. Tomo II.
Segunda Edición 1952. 207. 209. 211.-

13.- TESTUT L. LATARJET A. Anatomía Humana.

Tomo I. Octava Edición 1948. 691. 707.

14.- WATSON JONES R.

Fracturas y Traumatismos

Articulares. 1946.

*****O*****