

Condropatía conjugal del adolescente

Consideraciones generales y directivas de tratamiento

Dres. JOSE M^a PIROTTO,* HERNAN VARGAS
y NERY RODRIGUEZ PAYRET *

Condropatía conjugal del adolescente, más conocida por sus complicaciones tales como epifisiolisis y listesis, o coxa vara del adolescente como etapa final de un proceso.

Es por esto que debemos esforzarnos en hacer el diagnóstico precoz, en la etapa de condropatía sin complicación, de manera que el tratamiento conduzca a un final feliz sin secuelas o con mínimas secuelas.

Atendiendo a este concepto es que el Dr. Bado propuso ya en 1942 el término de contropatía conjugal del adolescente como la etapa primera de una afección

que a medida que el tiempo transcurra se irá complicando en diverso grado dando las distintas situaciones anatomoclínicas hasta llegar a la coxavara.

Enfermedad más frecuente en varones (3 a 1).

Aparece a los 10 o 12 años y muy frecuentemente asociada a otras enfermedades tales como el dorso curvo, escoliosis, rótula luxable, etc.; es familiar y hereditaria, hechos a destacar por su significación en la etiopatogenia y porque ello nos hará investigar en el grupo familiar.

La enfermedad está en *el cartilago* de crecimiento y aunque la causa no se conoce, realmente, se ha incriminado sobre todo a trastornos de orden hormonal propio de esa fase del crecimiento. Si el diagnóstico y el tratamiento no se hacen en esta etapa, se pasará fatalmente a la siguiente de condropatía conjugal complicada, el *deslizamiento epifisario*.

Colaboradores de la Cátedra de Ortop. y Traumat.

Asistente extranjero (becado). Fac. Med. Montevideo.

Anatomic—Histologic Correlation

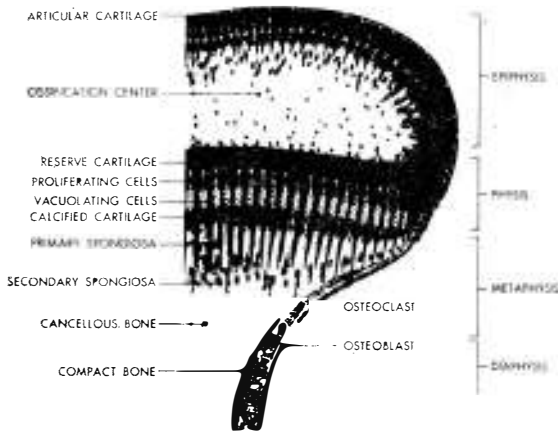


FIG. 1

Presente la condropatía, estaría en una zona de menor resistencia, la zona de osificación provisoria, a favor de la cual se produce el deslizamiento epifisario (Fig. 1), esquema de osificación endcondral. Este hecho estaría determinado según nuestra Escuela por acción predominante de músculos rotadores externos y aductores. De esta forma, su acción hace que sea el cuello el que se desplaza hacia adelante y arriba, en rotación externa permaneciendo la epifisis en su sitio. Este desplazamiento puede hacerse en forma aguda, subaguda o crónica y en diferente grado.

Veremos sucesivamente, estas diferentes etapas, su forma de presentación clinicorradiográfica y el tratamiento de elección.

1) La enfermedad en su etapa de *condropatía pura*, H. C. 221319 (2) DIAP. es decir sin complicación. Es la ideal para el diagnóstico puesto que bien tratada, no da prácticamente secuelas con repercusión articular.

Se expresa por *dolor y cojera*. No olvidar que si bien éste puede estar localizado en la región de la cadera, puede expresarse también como una gonalgia o en cara externa de muslo y que a veces puede ser bilateral. Este tipo de sufrimiento en un adolescente de ambos sexos nos debe sugerir siempre el diagnóstico de condropatía conjugal y llevar al examen cuidadoso de la cadera, su actitud, su movilidad, y a hacerle un estudio radiográfico dirigido al cartilago de conjugación.

Radiografías de frente y de perfil de ambas caderas, usando la posición de Lowenstein para esta última, son absolutamente necesarios. ¿Por qué? Porque la radiografía de frente solo, es difícil para el que no está habituado a hacer el diagnóstico.

La radiografía nos mostrará una lisis en la vertiente metafisaria, en la zona de osificación de la metafisis, debido a la hiperhemia, que marca el lugar donde se hará el deslizamiento.

El tratamiento en esta etapa está dirigido por nuestra concepción fisiopatológica; si la acción de los músculos aductores y rotadores externos es la responsable de la complicación, el deslizamiento epifisario, nada más lógico que suprimir esta acción, seccionando a los principales, y poniendo a la cadera en reposo, cama sin apoyar por un lapso de 2 a 3 meses y esperar la curación (Fig. 2) (pre y postoperatorio en el mismo caso de condropatía conjugal pura).

2) El *deslizamiento crónico* es la etapa en que el diagnóstico se hace más frecuentemente pues ha pasado desapercibido la etapa de condropatía pura, porque el enfermo no consultó, o porque no pensamos en ella.

Podemos encontrar diversidad de grados, desde el mínimo que se confunde casi con la etapa de condropatía pura, al de coxa vara grave. Su expresión clínica es el dolor y la cojera con limitación funcional de grado variable según el tipo de deslizamiento.

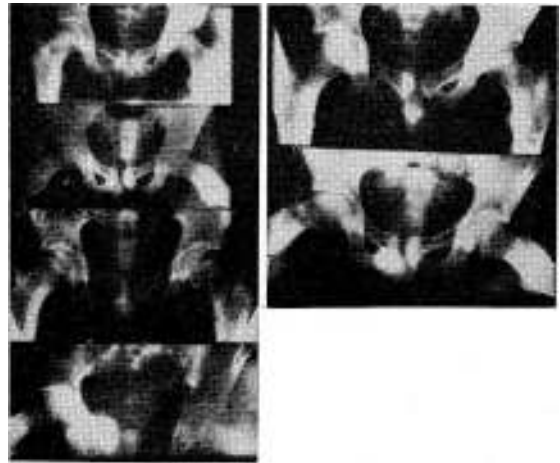


FIG. 2

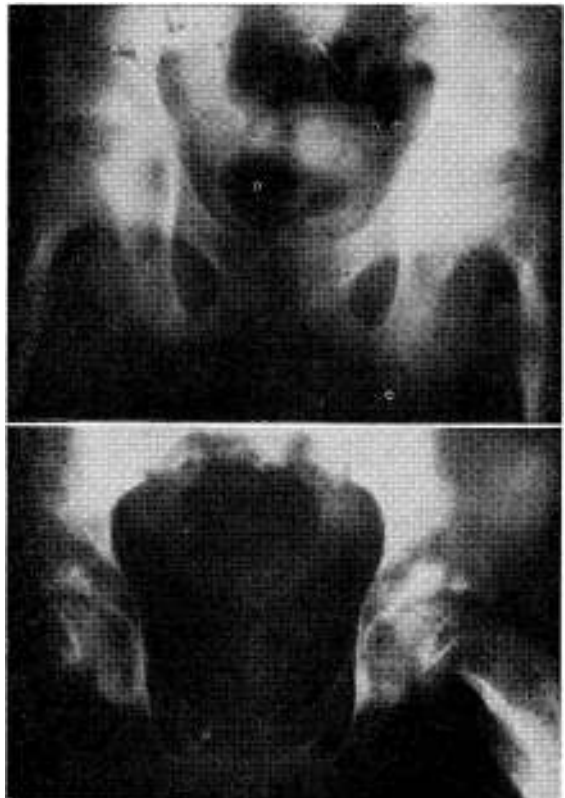


FIG. 3.—Preoperatorio 12 meses de evolución.

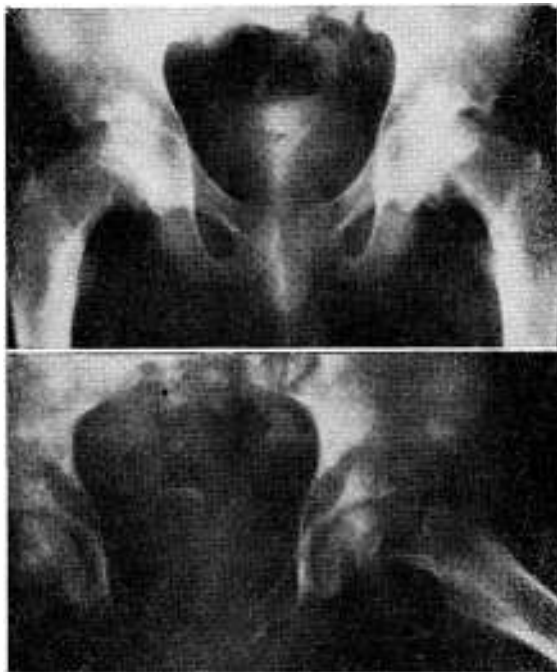


Fig. 4.— Postoperatorio 4 meses después.

El tratamiento en esta etapa, en los grados menores está dirigido a estabilizar la epífisis, a impedir que continúe el deslizamiento, actuando entonces sobre la causa que lo favorece. Sección de los músculos aductores y psoas y reposo impidiendo el apoyo. Los resultados han sido buenos, estabilizándose la lesión.

Cuando el desplazamiento es grande seguramente ya no alcanzará con estabilizar la lesión mediante operación muscular sola sino que habrá que proceder a un centrado de la epífisis y corrección de la coxa vara mediante osteotomías que pueden ser hechas a nivel intertrocanterico o del cuello.

Las primeras son de más fácil realización y sin peligro de necrosis epifisaria pero de no tan buenos resultados morfológicos. Las osteotomías cervicales de mejor resultados morfológicos pueden complicarse de necrosis epifisaria. Ultimamente en el Instituto de Ortopedia y Traumatología en algunos casos se ha ensayado con éxito el injerto de cápsula en la epífisis previo a la osteotomía con muy buenos resultados. Claro que este tipo de operaciones están reservadas para las coxas varas graves con secuelas funcionales importantes.

3) Cuando el desplazamiento es agudo o subagudo.

En el primer caso, desplazamiento agudo, coincide en general o es determinado por un traumatismo más o menos importante, la mayoría de las veces una caída, un salto, un esfuerzo cualquiera que determina dolor en la región de la cadera e impotencia funcional absoluta o casi absoluta; un equivalente podríamos decir de una fractura de cuello de fémur.

La radiografía mostrará un desplazamiento a nivel de la metáfisis que se hará muy evidente en el perfil, de grado variable pero que corrientemente es de un 50 % y a veces más.

El tratamiento debe seguir inmediatamente al diagnóstico.

Primero, sección de aductores y psoas por la vía abturatriz e inmediatamente después, en mesa ortopédica se hará maniobra de reducción suave en rotación interna. En los decolamientos agudos la reducción siempre es posible. Se inmovilizará luego en yeso pelvipedio por 2 meses y luego evitar el apoyo haciendo movilización de cadera, hasta que la radiografía nos lo indique, remineralización de la vertiente metafisaria.

En los decolamientos subagudos, hay historia de un mes de sufrimiento de cadera con dolor y cojera, actitud viciosa (flexión, rotación externa, adducción) y limitación funcional en los que la radiografía muestra un desplazamiento epifisario que puede ser del 50 %.

En estos casos se debe intentar el mismo tratamiento que en los casos agudos y si no fuera posible la reducción se debe abordar la articulación por vía anterior de Smith Petersen, y previa capsulotomía movilizar la epífisis con maniobras muy delicadas y fijando la epífisis, con maniobra de rotación interna proceder a la reducción que generalmente es estable pero que puede fijarse para más seguridad con un

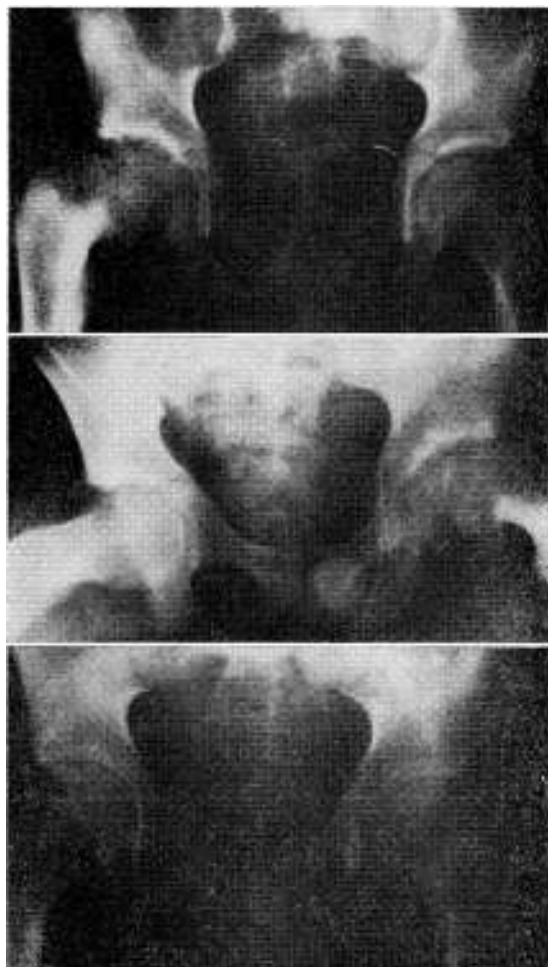


Fig. 5.— Pre y postoperatorio. Osteotomía cervical previo injerto capsular.

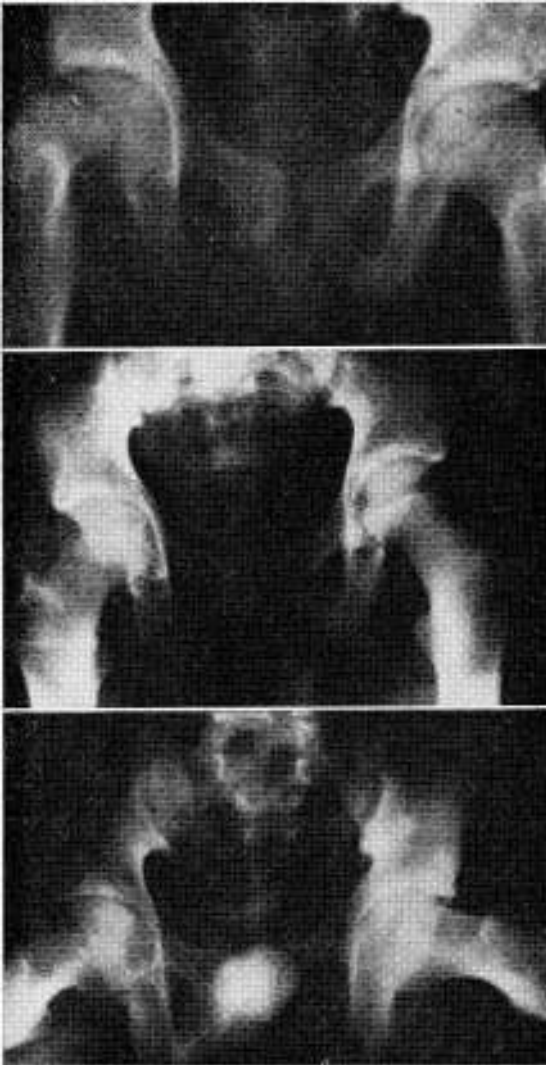


FIG. 6.—Pre y postoperatorio 7 meses después.

injerto cortical o mediante un alambre de Kirtchner (que retiraremos a los 15 ó 20 días) y luego yeso pelvipedio por 2 meses, movilización de cadera luego sin permitir el apoyo.

En estos casos de reducción del desplazamiento tanto incruento como quirúrgico puede ocurrir en la evolución la necrosis del cartilago articular (coxitis laminar) cuya causa es atribuida por algunos a un disturbio en la nutrición del cartilago secundaria a alteraciones vasculares, y para otros a la presión. La secuela de esta complicación descrita por primera vez por Waldenstrom en 1931, como necrosis aguda del cartilago articular, es la rigidez de la cadera.

La incidencia de esta complicación está en relación directa con la gravedad del deslizamiento epifisario y el momento del diagnóstico y el tipo de tratamiento.

RESUMEN

Se trata el capítulo de la *condropatía conjugal del adolescente*, sus complicaciones y secuelas, la coxa

vara del adolescente reseñando como hipótesis fisiopatológica del deslizamiento, a la acción de los músculos adductores y rotadores externos fundamentalmente el psoas.

Realizamos el tratamiento apoyándonos en dicha hipótesis; hacemos la sección de adductores y psoas evitando luego la acción de la gravedad en los casos de condropatía no complicada y con deslizamientos crónicos y seguidos de reducción e inmovilización enyesada en los casos agudos y subagudos. En estos últimos, cuando no se reduce por maniobras, luego de la miotomía, hacemos la reducción a cielo abierto, inmovilizando luego en yeso pelvipedio.

Por último el tratamiento de la secuela de la coxa vara, mediante osteotomías intertrocanterica tridimensional corrigiendo el varo y la retroposición de la epifisis, o por osteotomía cervical a cuña antero superior, previo injerto de cápsula en la epifisis para darle mayor vascularización y así evitar su necrosis.

RÉSUMÉ

Nous traitons ici le chapitre de la *chondropathie conjugale de l'adolescent*, ses complications et séquelles, la coxa vara de l'adolescent, en signalant comme hypothèse physiopathologique du glissement l'action des muscles adducteurs et rotateurs externes, fondamentalement le psoas.

Nous réalisons le traitement en nous appuyant sur cette hypothèse. Nous sectionnons les adducteurs et psoas en évitant postérieurement l'action de la gravité, dans les cas de chondropathie sans complication et avec glissements chroniques, suivis de réduction et immobilisation par plâtrage si les cas sont aigus ou sub-aigus. En ce qui concerne ces derniers, s'il n'y a pas réduction par manoeuvres, après la myotomie, nous réalisons la réduction à ciel ouvert avec immobilisation postérieure par plâtre pelvipédieux.

Enfin nous tritons les séquelles de la coxa vara par ostéotomies intertrochantériques tendimensionnelles (?) en corrigeant le varus et la rétroposition de l'épiphyse, ou par ostéotomie cervicale à berceau antéro-supérieur avec greffe préalable de capsule dans l'épiphyse afin de lui donner une plus grande vascularisation et d'éviter ainsi sa nécrose.

SUMMARY

The paper refers to condropathy of joints, its complications and sequella and coxa vara in adolescents. Physiopathological hypothesis of slipping points to action of adductor and external rotating muscles, specially psoas.

We base our treatment on above hypothesis; adductors and psoas are abscised and action of gravity is avoided in cases of non complicated condropathies with chronic slipping; this is followed by adjustment and immobilization in plaster cast in acute and sub-acute cases. In the latter, when adjustment is not induced by manoeuvres, we perform myotomy followed by open field adjustment and immobilization in pelvi-paedium plaster cast.

Finally, we have treatment of coxa vara sequella through intratrochanteric tendimensional osteotomies, correcting varus and epiphyses retroversion, or through anterosuperior wedge cervical osteotomies following capsule graft on epiphyses to provide greater vascularization and prevent necrosis.