

CONDROPATIA CONJUGAL DE LA CADERA DEL ADOLESCENTE

Dr. JORGE GARCIA NOVALES

La Sociedad de Ortopedia y Traumatología reafirma nuevamente su propósito de integrarse en las filas de aquellos que propenden a la superación del nivel científico nacional, concurriendo y colaborando en las jornadas del 9º Congreso Uruguayo de Cirugía. Como en anteriores oportunidades, pretendemos ofrecer hoy a la consideración y debate de los señores congresales, un problema quirúrgico cuyo contenido trasciende al ortopedista especializado, comprometiendo en muchos de sus aspectos la responsabilidad del clínico y del cirujano. Nos ocuparemos de un problema que si en apariencia podría considerarse como esencialmente ortopédico, debe interesar no obstante a los especialistas y a los que no lo son. Y este interés radica no sólo en motivos más o menos abstractos de conocimiento, sino en una tajante y práctica realidad directamente vinculada al ejercicio cotidiano de la profesión médica. Se trata de un problema clínico, que descrito por primera vez por un cirujano y debatido apasionadamente luego en diversos congresos de cirugía, parece haber entrado hoy en el dominio estricto de la especialización ortopédica, como si ya nada tuvieran que ver con él, clínicos y cirujanos generales. Nada más lejos de la realidad; el transcurrir del tiempo y el progreso del conocimiento, a medida que clarificaron la situación persiguiendo la enfermedad en sus primeros reductos, han impuesto la necesidad de que esta afección sea de todos conocida, a fin de evitar de que, reconocida sólo por sus secuelas, corresponda entonces sí al ortopedista, tratarlas sin mayor esperanza y con el único fin de mitigar en lo posible sus futuras consecuencias.

Premeditadamente hemos titulado "coxa vara" nuestro aporte a este Congreso. Lo hemos hecho para situar el problema dentro de una denominación que aún es de uso corriente. Sin embargo, nos anticipamos desde ya a expresar que habremos fracasado en nuestro propósito, si no logramos transmitir, sin que quede la más mínima duda, que todos, pediatras, cirujanos, especialistas, deben sumar sus esfuerzos para que la coxa vara se acepte sólo como la expresión de la derrota de la medicina preventiva en uno de sus aspectos. Que todos, comprometidos en impulsar esta etapa promisoriosa de la medicina profiláctica, pongamos nuestro empeño en pesquisar y diagnosticar una enfermedad en cuya evolución, la coxa vara, se manifiesta como secuela. Nuestras cifras estadísticas justifican plenamente también, la elección de este tema. El 50 % de nuestros enfermos llegaron a la consulta presentando las secuelas definitivas de la enfermedad; de los restantes, el 45 % concurrió cuando la enfermedad ya estaba complicada y sólo el 5 % presentaba la afección en estado de pureza, es decir, en condiciones tales que el tratamiento podía ofrecerles una restitución y curación completas.

Todos los que colaboramos en este tema, coincidimos en el concepto del problema; cada enfoque parcial tendrá, como es lógico, la individualidad que corresponde al hecho particular en su consideración y a la modalidad expresiva del que lo desarrolla, pero todos descansan sobre una raíz común, que hará que se complementen en su sucesión, sin desmentirse en la esencia. No habrán contradicciones conceptuales, no porque premeditadamente se hayan evitado, sino porque todos han bebido de la misma fuente, porque han compartido en común la experiencia viva de la clínica, porque forman parte de la misma escuela ortopédica nacional. Por este motivo, el relator habrá de concretarse a hacer énfasis sobre conceptos y hechos clínicos fundamentales; los correlatores a su vez, señalarán desde diferentes puntos de vista, otros aspectos no menos importantes y dignos de consideración.

SOBRE LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Nunca tal vez como en este problema, se justifique mejor una sucinta revisión histórica. A través de ella podrá comprobarse que desafortunadamente, el tiempo parece no haber trans-

currido. Porque aún en el presente se continua pensando, creyendo y actuando, de acuerdo con doctrinas y normas definitivamente superadas. Basta recorrer ligeramente la historia, para sorprenderse que todavía se hable y escriba sobre la "coxa vara esencial del adolescente", cuando hace ya un cuarto de siglo se había descrito la enfermedad causante de tal coxa vara, insistiéndose desde entonces sobre la necesidad de diagnosticar a tiempo la afección, anticipándose a su complicación.

Hace ya muchos años, cuando se vivía la edad prerradiológica de la medicina, hubieron clínicos sagaces que advirtieron que algunos enfermos diagnosticados como coxálgicos, evolucionaban favorablemente en lapsos de tiempo relativamente breves y sin que en ellos residuaran las invalideces comunes a los tuberculosos de la cadera. En este gran grupo de enfermos que se diagnosticaron desde entonces como "seudocoxálgicos", se incluyeron, mezclados con otros, aquellos que padecían la enfermedad motivo de esta comunicación. Constituían todos una mezcla abigarrada de un sinnúmero de afecciones, cuyo único nexo común era de que no se trataba de afecciones tuberculosas.

En 1888, Muller, al resecar la cabeza femoral en un adolescente sospechado de coxalgia, reconoció en forma fortuita una nueva entidad patológica, que Hofmeister y Kocher en 1894, denominaron "coxa vara". Desde entonces y considerada como una entidad bien definida, fue separada del gran grupo de las "seudocoxalgias". Pero pronto se comprobó que el cierre, más allá de los límites normales, del ángulo de inclinación del cuello del fémur, podía corresponder a distintas afecciones generales o locales. De donde surgió la necesidad de distinguir las "coxa vara" según su etiología, creándose dos grandes grupos: las "coxa vara sintomáticas" y las "coxa vara esenciales". No nos ocuparemos de la historia de las "coxa vara sintomáticas"; nos detendremos en cambio brevemente sobre la de la llamada "coxa vara esencial", porque es sobre ella que radica nuestro interés. Conocida desde Muller y Kocher, negada por Sprengel (1898), quien suponía que en todos los casos se trataba de decolamientos traumáticos, fue motivo desde entonces de una viva controversia sobre su existencia, entre las escuelas alemanas y francesas. Más adelante continuó siendo objeto de innumerables trabajos sobre su anatomía patológica, etiopatogenia, sintomatología y tratamiento.

Fueron numerosos los investigadores que trataron de develar la incógnita sobre la etiología de la coxa vara esencial y con ininterrumpida sucesión surgieron teorías de toda índole. Pero todas ellas y es éste un hecho digno de mención, buscaban en factores locales, generales, traumáticas, etc., el motivo de la coxa vara, como si ella en sí misma fuese la consecuencia inmediata de aquellos factores etiológicos. En otras palabras, el cierre del ángulo de inclinación, constituía para los investigadores la manifestación primera de un factor etiológico cuyo conocimiento se perseguía.

Fue recién en la tercera década de este siglo, cuando Nové Josserrand y sobre todo Pouzet, plantearon el problema en sus verdaderos términos. Expresaron que la llamada coxa vara esencial del adolescente, no era otra cosa que la complicación, una modalidad evolutiva, de una enfermedad previa topografiada en la metáfisis femoral superior y en su cartilago de conjugación. E hicieron hincapié en la importancia del conocimiento de dicha enfermedad y su diagnóstico clínico, antes de establecida la complicación del deslizamiento epifisario, que tipifica la coxa vara. Así fue como Pouzet se ocupó de lo que denominó "formas frustradas de la coxa vara" y señaló la necesidad de diagnosticarlas para prevenir el deslizamiento. Describió los síntomas subjetivos y la sintomatología física e hizo énfasis sobre la importancia de una correcta interpretación de las radiografías tomadas en ese momento. En este sentido ya Osgood, Vieullet y Schanz, habían destacado la existencia de un "ensanchamiento del cartilago conjugal con irregularidades de sus bordes"; pero fue Pouzet quien mejor destacó la fisonomía radiográfica de la lesión inicial, topografiándola en el cartilago de conjugación y en la metáfisis. M. B. Howorth, en 1933, expresaba también a este respecto: "Se ha negado la existencia de la fase prodrómica de la coxa vara del adolescente, pero se tienen abundantes argumentos que prueban su existencia. Esta fase no puede verse desde luego, si el niño no es llevado tempranamente al médico y en otros casos, aunque haya acudido pronto a la consulta, si dicha fase no ha sido reconocida por el clínico".

No existe pues duda alguna, que desde hace veinticinco años se conoce la clínica y la radiología de una enfermedad del adolescente, cuya complicación —el deslizamiento epifisario agudo

o progresivo—, se manifiesta por el cierre del ángulo de inclinación del cuello femoral. Y no existe por consiguiente ninguna razón en perseverar considerando a la “coxa vara esencial del adolescente” como una verdadera entidad nosológica. En todo caso, podrá hablarse de una enfermedad “esencial” del cartilago conjugal, cuya complicación se caracteriza por el deslizamiento de la epífisis y la consecuente deformación en varo del sector cervicoepifisario de la extremidad superior del fémur. No obstante, esta revisión histórica nos señala el hecho paradójal de que aún en 1949, Philip Wiles escribe en su “Tratado de Ortopedia” que “es probable que los síntomas de la enfermedad no aparezcan hasta después que el deslizamiento ha comenzado” y por lo tanto —de acuerdo a su criterio— habría que resignarse a continuar considerando a la coxa vara, como la expresión primera de una afección del adolescente de etiología desconocida.

NUESTRO CRITERIO SOBRE LA ENFERMEDAD

En 1948 nos ocupamos por primera vez del problema de la llamada “coxa vara esencial del adolescente”. Nuestro interés no radicaba entonces en describir una enfermedad nueva o atribuir nombre diferente a una ya conocida. Pretendimos entonces, insistir sobre la necesidad de desalojar de la nosología a la coxa vara esencial. De una manera definitiva y en acuerdo con todos aquellos que habían descrito ya su causa primera, insistíamos en que la coxa vara no era otra cosa que una modalidad evolutiva de una afección perfectamente definida y ciertamente diagnosticable antes de instalarse la complicación. A esta afección primera, cuya evolución culmina en el deslizamiento agudo o progresivo de la epífisis, la designamos como “*condropatía conjugal de la cadera del adolescente*”. Esta denominación sitúa la enfermedad en el cartilago conjugal; pretende hacer destacar que la enfermedad es otra cosa que el accidente evolutivo o la deformación; que se puede diagnosticar y tratar antes; separa finalmente de una manera nítida la enfermedad que pretende designar, de las otras posibilidades de coxa vara que ofrece la patología (lesión congénita, raquitismo, displasia fibrosa, secuelas de fractura, etc.).

Nuestro empeño en insistir sobre la lesión del cartílago conjugal de la extremidad superior del fémur, significa que es necesario esforzarse por reconocer y diagnosticar la lesión antes que aparezca la complicación, para poder así evitarla. Esto es diferente a la afirmación de que: "se debe hacer el diagnóstico precoz del deslizamiento epifisario"; porque esta afirmación supone que el diagnóstico debe ser hecho cuando ya existe un deslizamiento o una coxa vara, por pequeña que sea. En cambio, si rechazamos el término de coxa vara o deslizamiento epifisario y le damos a la enfermedad otro nombre, situándola donde realmente está —en el cartilago conjugal— y preconizamos su diagnóstico en este estado, todo hace suponer que pretendemos despistar la enfermedad causal y no la coxa vara, por pequeña que sea y que el diagnóstico debe anticiparse a la complicación de deslizamiento.

SOBRE LA ETIOPATOGENIA

Aunque uno de los correlatores se referirá concretamente a este respecto, expondremos brevemente algunos conceptos generales que conceptuamos de interés.

Manifestamos ya que durante mucho tiempo, aquellos autores que se ocuparon del problema dedicaron su atención a la pesquisa de la razón etiopatogénica de la coxa vara, considerándola como la enfermedad primitiva. Fue así como Hofmeister, Hoffa y Kocher entre otros, se declararon partidarios de una causa "estática"; la coxa vara, resultaría de una sobrecarga ejercida sobre un hueso normal. Y en apoyo de su teoría argumentaban que aparecía en la adolescencia, edad del aprendizaje, en sujetos sometidos a tareas duras y pesadas.

En un mismo orden de ideas, suponiendo que la deformación se produciría en un hueso normal, Sprengel refería al *traumatismo* la génesis del deslizamiento. Pero como surgió claramente de las controversias entre las escuelas francesas y alemanas, esta teoría traumática si bien podía caber en los deslizamientos agudos, era completamente insostenible en los progresivos. A este respecto hemos de hacer una puntualización: aún hoy día, se continúa hablando de deslizamientos o despegamientos traumáticos agudos de la epifisis femoral superior. En nuestra opinión, el

despegamiento epifisario traumático agudo, en una extremidad superior de fémur normal, no existe. Por ende, debería desaparecer un capítulo de la patología clásica, cuyas particularidades debieron ya haber llamado la atención, sea por la etiología de la mayoría de los decolamientos agudos (trauma mínimo en la mayoría de los casos), sea por su carácter anatomopatológico (no es un decolamiento fractura, como la mayoría de los otros decolamientos, sino un decolamiento puro). Por otra parte, estos decolamientos siempre tienen antecedentes, que por su poca entidad pueden pasar inadvertidos, pero que un interrogatorio cuidadoso puede poner en evidencia. Finalmente, el despegamiento epifisario femoral agudo se observa siempre en la misma edad (adolescencia) y no en la infancia, a pesar de la obvia existencia de cartilago conjugal. Creemos que las verdaderas lesiones traumáticas de la extremidad superior del fémur del niño y del adolescente, no sea el despegamiento epifisario, sino o la fractura del cuello del fémur en la vertiente cérvicometafisaria o la luxación de la cadera.

Finalmente, desde Kirmisson y Whitman, hasta Huc, se ha admitido que la coxa vara del adolescente resulta de una desviación del proceso de osteogénesis normal, a nivel del cartilago de conjugación. Se trataría de una "discondroplasia local". Por otra parte Whitman también había advertido y señalado en estos enfermos, una perturbación en la orientación del cartilago conjugal, caracterizada por una verticalización más acentuada que la que fisiológicamente correspondería a su edad. Por último, Schultz, Huc y otros, suponían que la coxa vara esencial estaba en relación con trastornos endocrinos.

Están pues presentes en la historia de las teorías etiopatogénicas de la enfermedad, todos los factores que nosotros creemos que intervienen en la génesis de la condropatía conjugal. Esta resultaría de la alteración en el desarrollo de dos ciclos evolutivos que se cumplen simultáneamente en la extremidad superior del fémur: a medida que la edad progresa, la situación del cartilago conjugal tiende a ser cada vez menos horizontal y por ende más vecino a la vertical; contemporáneamente se modifica la estructura de este cartilago, disminuyendo progresivamente de espesor hasta desaparecer, soldándose entonces la epífisis al cuello. En condiciones normales, existe, como ya lo

expresamos, una perfecta relación entre esa evolución hacia la verticalidad y la disminución progresiva de espesor. Por consiguiente, cuando por la posición que ha adquirido el cartílago con la edad (vecino a la vertical), la carga (representada por el peso del cuerpo) pudiera entonces ejercer sobre él efectos de deslizamiento, el cartílago ha dejado de ser tal, para transformarse apenas en una línea o desapareció soldado definitivamente. Pero si existe una desarmonía entre el paralelismo de esos dos ciclos, por pequeña que ésta sea y si llegada la adolescencia el cartílago vertical existe aún como una ancha zona, aparecerá entonces el conflicto entre la carga y el cartílago normal aún presente y su consecuencia será el despegamiento agudo o el deslizamiento progresivo de la epifisis. Como ya lo expresamos, se sospecha que una endocrinopatía o un trastorno metabólico (Ponseti) o ambas cosas, puedan estar en el origen de la maduración defectuosa del cartílago de conjugación.

Deseamos destacar la importancia de estas consideraciones etiopatogénicas, dado que ellas orientan la conducta terapéutica. En efecto, el tratamiento de la condropatía conjugal significará no sólo establecer las medidas que apresuren el cierre del cartílago conjugal, curando así de manera definitiva la enfermedad, sino una indicación formal de reposo para prevenir la instalación de la complicación —el deslizamiento— cuya aparición seguirá fatalmente a la continuación de la función del apoyo, que es y seguirá siendo patógena en tanto la soldadura condral no sea definitiva. Esta norma es provisoria, dado que develada la incógnita de la etiología de la condropatía y probado tal vez su origen endocrino metabólico, es probable o seguro que el tratamiento médico cure definitivamente la enfermedad.

SOBRE LA SINTOMATOLOGIA

Aquí también, los correlatores que se ocupen de este aspecto habrán de desarrollarlo en detalle. Pero nos anticipamos desde ya a manifestar, de que haciendo abstracción de los síntomas que puede presentar la enfermedad cuando el deslizamiento epifisario está ya presente —perfectament conocidos por otra parte—, existen una serie de síntomas y signos que revelan la enfermedad antes de la complicación.

En todos los casos existe un período de sufrimiento que precede a la consulta. Este período es prolongado cuando la afección recién se diagnostica en una etapa avanzada de su evolución, es decir, cuando ya ha dado lugar a la deformación —coxa vara— de grados variables. En cambio, cuando el diagnóstico sorprende a la afección en sus primeras etapas, cuando todavía es enfermedad conjugal pura, el período de sufrimiento que precede a la consulta es breve, *pero existe no obstante, siempre*. En suma, es suficientemente elocuente la manifestación clínica y sobradamente expresiva la característica radiográfica en este período de enfermedad conjugal pura, como para poder realizar el diagnóstico e instituir por consiguiente la terapéutica, que solamente en ese momento es eficaz en el sentido integral, porque cura la enfermedad anticipándose a la complicación.

Los síntomas subjetivos no tienen en sí mismos nada de característicos, ya que pueden ser la expresión de diferentes lesiones del miembro inferior; claudicación indolora o dolorosa, sensación de pesadez en el miembro inferior, dolores en la región inguinocrural, gonalgias, dolores en el cuello del pie o en el pie durante el apoyo. Son todos síntomas que en realidad pueden interpretarse como respondiendo a una gran variedad de causas.

Esta sintomatología subjetiva, puede coexistir con la presencia de signos físicos a nivel de la cadera. Pero es preciso puntualizar que estos signos físicos deben ser buscados minuciosamente, si pretendemos despistar la enfermedad en épocas tempranas. Nada más pernicioso para el diagnóstico oportuno que la pesquisa ligera de la semiología física; en este momento, los signos no se ofrecen sino que deben ser procurados minuciosamente. La limitación de la abducción y sobre todo de la rotación interna, que caracterizan a la sintomatología física de la enfermedad en sus primeras etapas, sólo se hallarán si se extreman las exigencias semiológicas; en caso contrario pasarán inadvertidas y el examen físico se dará como negativo. Por otra parte, no debe olvidarse que el simple reposo indicado rutinariamente como terapéutica del sufrimiento subjetivo de un adolescente que consulta por síntomas como los ya mencionados y en el que se comprobó una mínima limitación funcional de la cadera, ese simple reposo puede hacer desaparecer todos los síntomas, dando una engañosa apariencia de curación. Es que la condropatía con-

jugal se presenta con una fisonomía capaz de burlar al no advertido. Si por la razón de una mejoría en relación con un simple reposo de pocos días, se considera el problema como de poca entidad y se le etiqueta ligeramente con diagnóstico de reumatismo, dolores de crecimiento, etc., es indudable que a corto plazo, reanudada la función de apoyo y locomoción, la sintomatología reaparecerá y lo que es más grave, se instalará seguramente la complicación de deslizamiento progresivo o de despegamiento agudo.

Por ello aconsejamos desconfiar de todo dolor o claudicación del miembro inferior por más inocente que parezca, cuando se manifiesta en el tercer quinquenio de la vida. Desconfiar del cansancio fácil, del dolor a lo largo del miembro inferior, de la gonalgia sin explicación clara. Desconfiar aun cuando el examen físico sea negativo. Y desconfiar con más vehemencia aún, si se encuentra una limitación aunque mínima de la abducción o la rotación interna, o si el desarrollo psicósomático de ese adolescente acusa la posible existencia de una endocrinopatía. Y desconfiar en este caso significa, hacer un examen radiográfico prolijo de sus caderas. Ello nos permitirá en todos los casos, de una manera definitiva, afinar o desechar la existencia de la enfermedad conjugal, cualquiera que sea su etapa evolutiva, por más precoz que ella sea.

SOBRE EL TRATAMIENTO

Como para los aspectos etiopatogénicos y clínicos de la enfermedad, habremos de limitarnos en lo referente al tratamiento a esbozar algunos conceptos generales.

Previa a toda otra consideración, anotaremos un detalle lamentable: en nuestra estadística, nos hemos visto precisados a planear el tratamiento del 95 % de nuestros enfermos, de acuerdo a tácticas y técnicas ortopédicas y quirúrgicas conducidas para tratar no la enfermedad sino sus secuelas. Y dándonos la pauta, de la universalidad de esta situación, está el hecho de que aún en los más modernos tratados y publicaciones referentes a este problema, se describen antiguos y recientes procedimientos para el tratamiento de las secuelas, haciendo abstracción en muchos

de ellos, de los métodos de tratamiento de la enfermedad no complicada. Los datos de nuestra estadística y ese concepto universal de tratamiento a que nos referimos significa, como ya lo hemos expresado, la más auténtica negación de los principios básicos de la moderna medicina preventiva. Es la confesión del fracaso del diagnóstico temprano en lo que a nuestra estadística corresponde, pero lo que es más grave, es la manifestación de un estado colectivo de escepticismo, si no de desconocimiento, revelado en la perseverancia de describir y publicar nuevas técnicas de tratamiento de las secuelas, dejando de lado la posibilidad cierta de curación integral de una enfermedad, que puede ser sorprendida y tratada oportunamente.

Afirmamos que la condropatía conjugal del adolescente, puede y debe ser tratada en su etapa primera, de pureza, sin complicaciones. Bastará entonces con establecer las medidas terapéuticas que apresuren el cierre del cartilago conjugal, curando así de manera definitiva la enfermedad. Pero estas medidas deberán acompañarse siempre, de una indicación formal de reposo que prevenga la instalación del deslizamiento, cuya aparición seguirá fatalmente a la continuación de la función de apoyo, que es y seguirá siendo patógena en tanto la soldadura condral no sea definitiva. El reposo simple o el reposo con inmovilización enyesada, pueden ser métodos que permitan aguardar el cierre espontáneo del cartilago. Pero puede acelerarse la fusión condral, por perforaciones, clavos o alambres intracervicales, trepanación con trefina de un cilindro cérvicoepifisario e inversión del mismo, o colocación de un injerto que atravesando el cartilago conjugal acelere su cierre: nos anticipamos a expresar que este último medio cuenta con nuestras preferencias.

En lo referente al tratamiento de las complicaciones: deslizamientos progresivos, despegamientos agudos, coxa cava definitivas y artrosis, repetimos que hay un sinnúmero de técnicas descritas. Son tantas y tan variadas que R. A. Knight, de la Campbell Clinic, a pesar de escribir el capítulo correspondiente en un tratado de técnica operatoria, manifiesta que habrá de concretarse a describir las técnicas que practica su escuela, so pena de verse obligado a reseñar una lista interminable. En los correlatos respectivos habrán de señalarse las técnicas que creemos más aconsejables, pero no obstante deseamos destacar algunos

aspectos. Es lógico suponer que el verdadero criterio terapéutico es aquel que pretende tratar la complicación retrotrayendo la situación a la etapa de enfermedad no complicada, para tratarla entonces a ella a su vez. En otros términos, el criterio de curación del deslizamiento, estaría en lograr primero su reducción completa y anatómica. Lamentablemente sólo es posible aguardar este resultado y no para todos los casos, en los despegamientos agudos, cuando se les diagnostica y trata en los primeros momentos. En los deslizamientos progresivos en cambio, la pretensión de lograr una reducción anatómica fracasa prácticamente siempre. En los deslizamientos que llamamos de primer grado, cuando sólo un tercio de la epífisis o menos, se han desplazado hacia abajo y atrás, las maniobras de reducción son siempre inefectivas. La inutilidad de tales maniobras, impone dirigir el tratamiento de estos casos hacia la obtención del cierre del cartílago conjugal, para prevenir mayores deslizamientos. Pero es preciso destacar, que el residuo de deslizamiento que perdura después de la epifisiodesis, si bien puede no tener expresión clínica inmediata, dando con ello una apariencia de curación integral, se manifestará seguramente por un sufrimiento artrósico, de aparición más o menos lejana. fruto de la incongruencia articular resultante de la deformación no corregida. En los deslizamientos más importantes, de segundo grado, las maniobras de reducción pueden lograr en algunas oportunidades mejorar la situación, pero en el mejor de los casos, se llegará a una situación comparable a la del deslizamiento de primer grado a que ya nos referimos. Cuando el cartílago de conjugación se ha cerrado definitivamente, como expresión de la cristalización definitiva de un deslizamiento envejecido, entran en juego procedimientos terapéuticos diferentes y más cruentos: desde las osteotomías cervicoepifisarias descritas hace muchos años por Kraske y aún recomendables, que persiguen la restitución de la morfología perdida, hasta las simples osteotomías desrotadoras, que corrigen simplemente una secuela de actitud viciosa. Y en periodos evolutivos más avanzados, cuando el proceso degenerativo artrósico ha entrado ya en juego, el problema terapéutico se concreta en la cura de la artrosis, ya que nada se puede intentar ahora como tratamiento de la enfermedad de base que la generó. Sea cual fuere el procedimiento, existe siempre un concepto que rige

en estos casos todas las técnicas quirúrgicas: sólo a expensas del sacrificio definitivo de la función articular, podrá paliarse la sintomatología de dolor y actitud viciosa que caracteriza a la artrosis.

CONCLUSIONES

El motivo principal que ha inspirado este aporte de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología al 9º Congreso Nacional de Cirugía, es el de insistir en el hecho de que el clínico, el cirujano y desde luego el ortopedista, deben tener presente una enfermedad del cartilago conjugal de la extremidad superior del fémur, cuya sintomatología clínicorradiográfica permite siempre efectuar su diagnóstico positivo. El conocimiento de la enfermedad conjugal y por ende la posibilidad de su diagnóstico, autorizan el optimismo sobre su evolución y pronóstico, desde luego que en función de un tratamiento bien conducido. Sin temor a equivocarnos podemos concluir, que la restitución "ad integrum" de la morfología y de la función de la cadera, serán el resultado final de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Por el contrario, el panorama se presenta sombrío y con matices de gravedad variables, cuando la enfermedad evoluciona y sus complicaciones aparecen. Es indiscutible que cuando se diagnostica la enfermedad ya complicada, existe siempre un responsable. Si bien nuestra responsabilidad no podrá ser solidaria de la despreocupación del adolescente o la familia que concurren tardíamente a la consulta, somos en cambio en todo culpables, cuando por desconocimiento ignoramos o interpretamos equivocadamente, la sintomatología de un enfermo con el cuadro clínicorradiográfico de la condropatía conjugal. El error de diagnóstico se paga con la aparición fatal de la complicación; la seguridad en la evolución de una condropatía diagnosticada y tratada a tiempo, se trueca por lo dudoso del pronóstico, aun para el tratamiento mejor conducido cuando se realiza en la etapa de complicación.

Desde Pauzet, hace veinticinco años se conoce la clínica y la radiología de la condropatía conjugal o de la enfermedad, importa poco su nombre, responsable del deslizamiento de la epífisis femoral superior. Desde entonces, muchos autores, incluso

nosotros hace más de diez años, se han ocupado del tema y no obstante existe todavía la posibilidad de que un adolescente víctima de la enfermedad, no sea interpretado y tratado oportunamente. Y esta misión diagnóstica no es como parecería ser, de resorte exclusivo del especialista. Por lo general no es a él a quien se consulta cuando un joven cojea o se queja de dolor y fatigabilidad. El clínico y el cirujano se encuentran tan comprometidos como el ortopedista en este problema y tanto como ellos el radiólogo, en cuya versación descansa y confía aquél, que poco familiarizado con la semiología radiográfica, aguarda su interpretación diagnóstica.

Hacemos un reclamo a nuestra responsabilidad reiterando la necesidad de dar la importancia que merece, como presunción diagnóstica, la cojera o la gonalgia de un adolescente; insistimos sobre la demanda de interpretar esta sintomatología funcional, a la luz de un examen físico cuidadoso y de una indeclinable y correcta semiología radiográfica. Sólo merced al esfuerzo de todos, podremos abatir el baldón que significa ese bajísimo 5 % de diagnósticos y tratamientos oportunos, que señala la estadística que ponemos a consideración de este Congreso.