

## COXA VARA

### Discusión

Dr. BAJO. Los congresistas han enviado una serie de preguntas al Dr. Ottolenghi, que se pueden resumir en la siguiente: deseamos conocer la opinión del Prof. Ottolenghi sobre el tratamiento de la "condropatía conjugal" pura y de sus preferencias en el tratamiento quirúrgico de las secuelas.

Dr. OTTOLENGHI.—No pensaba hablar en esta oportunidad. Después de los magníficos relatos y contribuciones que hemos escuchado, poco tendría que decir. Debo manifestar, en primer término, que me considero muy feliz de haber estado presente en esta sesión y haber escuchado trabajos de tan gran importancia, como son siempre los que presenta la Escuela de Traumatología y Ortopedia del Uruguay, a cuyos integrantes escucho y leo siempre con el máximo interés.

Pero ya que pese a no ser relator, sino simplemente espectador de esta sesión, algunos colegas han tenido la gentileza de solicitarme algunas opiniones, expondré el resultado de nuestra experiencia, que por cierto tiene que ser bastante coincidente con lo que ha sido expuesto aquí en la mañana de hoy.

Por lo pronto entiendo que este tema de la condropatía conjugal, sus secuelas y complicaciones, debería desaparecer de los programas, y ello ocurrirá sin duda el día que la educación médica comprenda la importancia de la profilaxis de la lesión y no la de su tratamiento.

En el Uruguay, la Argentina y en otros países, estas secuelas y lesiones se observan por desconocimiento de los médicos prácticos en un primer momento. Y no hablamos sólo de los médicos generales, sino también de algunos médicos especialistas.

Hemos tenido ocasión de observar algunos enfermos que han venido a consultarnos con rodilleras de yeso, porque desde hacía meses esos niños sufrían gonalgias y lo que presentaban eran ya las secuelas de la epifisiólisis consolidada en mala posición.

De manera que nosotros insistimos siempre ante los alumnos, ante los médicos prácticos, sobre lo que ha sido aquí muy bien explicado por el doctor García Novales y sus colaboradores, en el sentido de que es un problema de educación, es un problema de saber que todo niño, que todo enfermo en el tercer quinquenio de la vida, que presente dolores, fatiga, gonalgias, claudicación ligera, y la más mínima limitación de la abducción, debe ser sometido

a un examen radiológico inmediato de su cadera para poder demostrar la enfermedad; esas pequeñas diferencias en la verticalización y aspecto general del cartilago conjugal, y que es, evidentemente, lo que nos conduce al diagnóstico de la lesión.

Si muchas veces los radiólogos no son capaces de interpretar esas pequeñas diferencias, es a nosotros, los ortopedistas, a quienes corresponde analizar esas pequeñas alteraciones comparativas entre una y otra cadera para poder llegar a un diagnóstico. Y si nosotros tratamos a un enfermo en ese primer momento, es casi seguro que la lesión curará sin secuelas apreciables, y sin que tenga el fantasma de la necrosis, de la artrosis deformante, que después llegará a consecuencias definitivas.

Por eso me parece muy oportuno que se traten estos temas entre los cirujanos, pero pediría que estos temas fueran tratados en sesiones de medicina general, en Congresos de Pediatría, más que entre los ortopedistas, porque los ortopedistas conocemos —dentro de la insuficiencia de nuestros conocimientos— estas lesiones y sus consecuencias.

De manera que me parece que es un tema de profilaxis y de educación médica, y sobre eso cuanto más se insista, tanto mejor será.

Con respecto a los signos radiológicos, no vamos a insistir.

En cuanto al tratamiento de las lesiones, es lógico que aquí han sido perfectamente clasificadas, con ese método tan claro que tiene la Escuela Traumatológica de Montevideo, en el período, diríamos, sin complicaciones, de la condropatía conjugal pura, y luego de la condropatía conjugal ya complicada.

En el primer período —condropatía conjugal pura— reposo absoluto, inmovilización; nosotros hacemos una técnica un tanto distinta, que nos ha dado buenos resultados en estos casos, que es el “enclavijamiento percutáneo”, colocando varias clavijas delgadas, metálicas, que toman la epífisis, seguido de una inmovilización en yeso, tipo Duroquet, inmovilizando las dos caderas en abducción y rotación interna. Con este método hemos obtenido buenos resultados y las caderas han curado perfectamente bien.

Pero eso lo hemos hecho cuando tenemos la suerte, como tienen ustedes, en un cinco por ciento, de casos en los que no hay deslizamiento.

Cuando el deslizamiento no alcanza a tener diez o quince grados, entonces tratamos de hacer ligeras maniobras para corregir la rotación interna, sin forzarla mayormente, y tratamos ahí de mantener la epífisis en esa posición, y hacemos entonces, también, el mismo tratamiento.

En estos casos tratamos de evitar la maniobra forzada, para que no se produzcan a posteriori fenómenos de necrosis, y entonces, a pesar de que las reducciones no sean exactas, los resultados son buenos, pero queda siempre el fantasma y la posibilidad de que en la edad adulta estas caderas que están ya deformadas por la alteración de la relación normal entre la epífisis y el cotilo, se pueden producir fenómenos de artritis deformante.

Nos parece que en los primeros tiempos, con esos pequeños deslizamientos, hacer intervenciones mayores sería provocar, posiblemente, complicaciones también mayores.

Cuando hay un deslizamiento más grande, el deslizamiento agudo, el de la fractura, empezamos por hacer la reducción, y obtenida la reducción, en algunos casos, hemos visto que se pasa de la coxa vara a la coxa valga, que no tiene una gran importancia, y tratamos de hacer, también en lo posible, el enclavijamiento por vía externa, cerrada.

La experiencia que tenemos con las operaciones a cielo abierto, con las osteotomías que han sido indicadas sobre todo por la Escuela de Boston, la osteotomía cunciforme a base superior y anterior, se forma allí ese espolón, ese lomo, en la parte superior del cuello del fémur y las metafisis, hay una gran neoformación ósea, cuando uno trata de hacer esa osteotomía a cielo abierto tratando en lo posible de respetar las circunflejas, etc., y luego las reducciones y los enclavijamientos, en realidad en nuestras estadísticas no hemos obtenido muy buenos resultados, porque hemos observado que hay fenómenos de necrosis aséptica de la cabeza del fémur.

De manera que en estos enfermos hay que tratar, en lo posible, de hacer tratamientos no agresivos de la epífisis y del cuello del fémur, para evitar entonces las complicaciones de necrosis secundarias de la cabeza de fémur.

Cuando se trata de una lesión inveterada, envejecida, como nos viene después de meses y años, con el niño con la actitud típica en rotación externa, con la limitación total de la rotación interna, con la limitación de la abducción, con el signo del 4 evidente, en esos enfermos, ir a hacer una osteotomía dentro del cuello femoral, no nos parece indicado. En esos casos lo que hacemos es exclusivamente una operación que es paliativa, pero que nos salva la situación momentánea, que es la osteotomía subtrocantérica. Porque tenemos que pensar que en esos casos no hay posible restitución funcional de esas caderas, y que son caderas que --tenemos que indicárselo a los padres-- seguramente están perdidas en lo que respecta a la restitución funcional. Son caderas que van a ser dolorosas, artrósicas, y que al final van a llevarnos a hacer algo que a nosotros nos repugna hacer en la adolescencia y en la edad juvenil, sobre todo si son mujeres, que es la artrodesis de la cadera. Muchas veces no hay otra posibilidad porque las operaciones movilizadoras, como ha sido muy bien dicho aquí en este simposium, no consideramos que deban hacerse a edad tan temprana, porque hay que pensar que los resultados que podemos tener en pocos años después de la operación, hay que revisarlos a muchos años. Son enfermos que tienen toda la vida por delante, y estas prótesis producen alteraciones necróticas de la cabeza del fémur, alteraciones de usura de la cavidad cotiloidea, que dan origen después a problemas sumamente graves como para poder tener buenos resultados, y desgraciadamente hay que llegar a la artrodesis.

En general preferimos, cuando hacemos este tipo de intervenciones, la artrodesis articular hecha tipo Britain porque combinamos las dos, la artrodesis con la osteotomía, porque son enfermos que están con la cadera en mala posición.

Yo quería decir dos palabras a propósito de lo que ha sido muy bien explicado en este simposium por el Dr. Nin, a propósito de los estudios de Ponsetti sobre las alteraciones conjugales de la epífisis femoral superior.

Ponsetti, como ustedes saben, está haciendo estudios muy interesantes a propósito de las alteraciones que se producen en los cartilagos de crecimiento, con motivo de ciertas sustancias que son los aminonitrilos. El encontró esto después de una serie de investigaciones en una epidemia de latirismo que se produjo en el sur de Italia, y con los datos que recogió encontró que eran enfermos que tenían alteraciones ósteoarticulares, sobre todo en los niños, y que eran enfermos que habían tenido una intoxicación por medio de unos farináceos.

Y con otros estudios que hizo demostró que estos aminonitrilos que están en esos farináceos, producen alteraciones de desprendimientos, de hemorragias en los cartilagos epifisarios, que son parecidos a los que se observan en las condropatías conjugales, en las escoliosis y en la ósteocondritis de la cadera.

Haciendo estudios histoquímicos y bioquímicos, demostró en los animales de experimentación con estos productos, las lesiones existen aunque son menores. Está haciendo ahora experiencias con humanos, para ver si se puede conseguir la curación o la mejoría en estos enfermos con lesiones de ósteocondritis que sea la primera etapa de la necrosis aséptica de la cabeza del fémur, el desprendimiento epifisario, las condropatías conjugales y la escoliosis.

Hay un hecho que estudiándolo desde el punto de vista crítico nos llama la atención, y quisiera saber si ustedes lo han observado y es el siguiente. Si consideramos estos estudios de Ponsetti, que son muy interesantes evidentemente, y los llevamos a la práctica y consideramos que estos productos derivados de factores alimenticios o endrnerinos, producen lesiones locales, a mí me ha llamado la atención la falta de correlación que existe entre estas distintas lesiones.

Por ejemplo, observamos la condropatía conjugal, pero no observamos la escoliosis. Observamos muchísimas escoliosis, pero viceversa, no observamos ni la enfermedad de Perthes ni la condropatía conjugal. Es una observación que me permito hacer en este momento para explicar algunas incógnitas que tenemos ante estos problemas, por lo cual es necesario seguir las investigaciones.

Agradezco mucho la oportunidad que me han dado de hacer uso de palabra en este Congreso, y me complazco en felicitar una vez más a mi gran amigo el Dr. Bado y sus colaboradores, por los excelentes trabajos que han sido presentados.

#### CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. JOSE L. BADO (Coordinador). — Cumpliendo con las obligaciones del Coordinador, voy a decir brevísimas frases a propósito de cuál puede ser el resumen de esta exposición, que, por otra parte, ha sido subrayado brillantemente por el Prof. Ottolenghi.

En lo que respecto a los datos etiológicos, estamos en un camino marcado por los trabajos experimentales de Ponsetti, trastornos metabólicos con una base endocrina, enferman el cartilago, retardan la evolución, rompen el ritmo, crean el conflicto con la gravedad, y así desencadena todo el proceso evolutivo ulterior.

En cuanto a las necesidades del diagnóstico precoz y su importancia, vale la pena insistir una vez más.

El cuadro clínico de la enfermedad de base sin complicaciones es fácil de interpretar.

El cuadro radiológico se impone a una vista experta.

La enfermedad primitiva del cartilago de conjugación sin complicaciones, es una enfermedad que debe ser despistada antes de la aparición de la complicación. Y este despiste está, en la inmensa mayoría de los casos, bajo la responsabilidad del clínico general o del pediatra.

El término de coxa vara esencial del adolescente, designa una secuela que hay interés en disminuir en su frecuencia, ya que el porcentaje de los enfermos que llegan con él a la consulta alcanza al 95 %.

Segundo: no hay decolamiento traumático de la epífisis femoral superior. Todo lo que hay es un despegamiento al que precede un estado patológico del cartilago de conjugación.

En la evolución de la condropatía conjugal, al lado del despegamiento agudo, al lado del despegamiento progresivo y de la artrosis, hay una serie de cuadros clínicos que la experiencia ha permitido aislar: se trata de pequeñas modificaciones morfológicas cervicoepifisarias, modificaciones pequeñas de los ángulos de declinación e inclinación con valores en menos, y modificaciones de la forma de la epífisis y del cotilo, sin intervención todavía de la articulación, y que están en la base de futuras manifestaciones clínicas y radiográficas, constituyendo la clásica artrosis, cuadros que aparecen en realidad mucho tiempo antes, con sintomatologías subjetivas nulas y objetivas mínimas.

Y por fin, en cuanto al tratamiento, es obvio insistir en que debe ser de indicación inmediata después del diagnóstico precoz de la enfermedad de base. Todos los demás son tratamientos de las complicaciones. Y aquí el problema es complejo, y de resultados tanto más dudosos cuanto mayor es la deformación residual y el tiempo transcurrido. Se puede afirmar que en cualquier caso la función de la articulación de la cadera está en peligro y muy a menudo perdida.

Dr. VÍCTOR ARMAND UGON. — La Mesa del Congreso tiene el agradable deber de felicitar al Prof. Bado por el brillante desarrollo de esta Mesa Redonda sobre la "Condropatía conjugal de la cadera" y su lamentable secuela, la coxa vara, y tal vez la artrosis de cadera.

Las exposiciones realizadas por los entusiastas colaboradores puede enorgullecer la tribuna científica más exigente de cualquier Congreso del mundo, gracias a la originalidad, gracias a la seriedad y profundidad del estudio realizado con el material ordenado y clasificado en el Instituto de Traumatología y Ortopedia que dirige el Dr. Bado con tan alta jerarquía intelectual.

Hago extensivo el agradecimiento al Prof. Ottolenghi, al eminente Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía, que con su sabia autoridad y su prestigiosa personalidad, ha dado realce a esta tribuna.

A todos, muchas gracias.

# 9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

## SECCIONAL DE GINECOTOCOLOGIA

Miércoles 10 de diciembre

Ocupan la Mesa los doctores *Victor Armand Ugon, Eduardo Schaffner, Felipe Carranza (Argentina), Américo Agustoni y Anibal Sanjinés*

TEMA:

## CANCER DE VULVA

COORDINADOR:

Dr. EDUARDO SCHAFFNER

PONENTES:

- “El carcinoma de vulva en nuestra clínica”: *Dres. Juan J. Crottogini y Alfonso Giampietro.*
- “Radioterapia del cáncer vulvar”: *Dr. Félix Leborgne.*
- “Riesgos en la cirugía del carcinoma vulvar”: *Dr. Rogelio A. Belloso.*
- “Fisiopatología de los colgajos de deslizamiento en los vaciamientos cé-lulo-ganglio-linfáticos en el cáncer vulvar”: *Dr. Carlos Stajano.*
- “Algunos aspectos de interés sobre nuestra experiencia en el cáncer de la vulva”: \* *Dr. Manuel Rodríguez López.*

PREGUNTAS

DISCUSION

---

\* No se publica por no haber sido entregado a Secretaría