

# LA CONDROPATIA CONJUGAL DE LA CADERA DEL ADOLESCENTE Y SUS ACCIDENTES EVOLUTIVOS

Estudio clínicorradiológico

Dr. CARLOS R. CUCULIC ARRIETA

La epífisis femoral, el cartilago conjugal y el cuello, son formaciones eminentemente articulares. Sus enfermedades tienen una importante repercusión sobre la articulación de la cadera, funcional primero y luego orgánica. Esto sucede en la condropatía conjugal, afección del cartilago de crecimiento y, por ende, a manifestación netamente articular.

*Condropatía*: enfermedad del cartilago; *conjugal*: del cartilago de crecimiento; *de la cadera*: afirmación topográfica; *del adolescente*: noción clínica de edad.

He aquí una designación nosológica que no supone nada desde el punto de vista etiológico, y que fue propuesta hace muchos años por el Dr. Bado; tiene el mérito de designar la enfermedad del cartilago de crecimiento, enfermedad previa a cualquier episodio evolutivo y desde, luego, muy anterior al cuadro clínicorradiológico conocido desde hace tanto tiempo con el nombre de *coxa vara esencial del adolescente*.

Es en esta etapa de enfermedad limitada al cartilago, sin complicaciones ni accidentes evolutivos, que conviene, desde todo punto de vista, hacer el diagnóstico e instituir el tratamiento.

La edad habitual de aparición abarca de los 10 a los 16 años. Predomina netamente en varones (78 % de nuestra estadística).

No queremos dejar de recordar que un 10 % de los casos afecta ambas caderas, lo que hace obligatorio un examen clínicorradiológico de ambas, aun de aquélla sin evidencia de sufrimiento.

La manifestación corriente es el *dolor* con asiento a nivel del triángulo de Scarpa, o de la rodilla, o del cuello del pie. Debemos subrayar la existencia frecuente de la *gonalgia*. Muchos enfermos han sido llevados a la consulta por ella; el examen clínicorradiológico negativo de la rodilla hace establecer diagnósticos vagos (dolores de crecimiento, traumas ignorados, etcétera). No se examina la cadera y el período útil del diagnóstico puede pasar inadvertido.

El dolor es variable en intensidad pero existe, prácticamente, siempre. Se acompaña de claudicación y, a veces, de una sensación de fatigabilidad fácil. Si estos síntomas son muy leves no traen, en general, al enfermo a la consulta, o son atribuidos por el médico tratante a fatiga muscular. El carácter fundamental y que le da el sello de articularidad, es que se trata de síntomas que aparecen con la función y calman, en general, rápidamente con el reposo.

*Al examen* del enfermo hay dos elementos que llaman la atención:

- 1º) *El biotipo*.— Se trata, frecuentemente, de pacientes con hábito adiposohipogenital. Menos frecuentemente son longilíneos que pasan por una etapa de rápido crecimiento. Hubo dos casos de acromegalia y un síndrome de Turner en los 100 casos estudiados. Sin embargo, el 50 % de los casos son normales.

Cabe destacar que en la mayoría de los casos que hemos estudiado, desde el punto de vista endocrinológico, no se han descubierto alteraciones en consonancia con el biotipo.

- 2º) *A nivel de la cadera* generalmente se encuentra como única manifestación una limitación de la rotación interna que no tiene nada de específico y es atribuible a contractura muscular de defensa. No hay en esta etapa actitudes viciosas ni otras alteraciones del miembro, que aparecerán posteriormente.

La figura 1 muestra una maniobra práctica para descubrir pequeñas limitaciones de la rotación. La limitación de la rotación interna debe constituir, con el dolor relatado y la claudicación de los antecedentes, razón suficiente para dedicar toda la atención al cuadro clínico, poner al enfermo en reposo y repetir la investigación semiológica y, sobre todo, para insistir en la necesidad de un examen radiográfico.

Consideramos de gran interés destacar la importancia del examen radiológico en este momento. La imagen constituirá la afirmación del diagnóstico, pero debe ser bien interpretada. Si no se tiene experiencia es grande el riesgo de considerar la placa como normal y dejar pasar el momento útil del diagnóstico. En varios de nuestros casos el enfermo había sido visto clínicamente y las radiografías tomadas habían sido consideradas normales por el radiólogo. La enfermedad siguió su evolución y sólo fue descubierta más tarde en el curso de un accidente evolutivo.

Es importante, pues, un estudio radiográfico, sabiendo cómo se manifiesta la enfermedad en la placa en este momento.

Siempre deben tomarse proyecciones de frente y perfil; la primera nos permite apreciar las características del cuello y del cartilago conjugal, y la segunda nos ayuda a investigar, además, algún grado de deslizamiento mínimo no bien visible en la placa de frente. Su observación debe ser cuidadosa y guiada por la sospecha clínica de la afección y el conocimiento de los signos (fig. 2).

1<sup>o</sup>) A nivel del cartilago conjugal se observa un aumento de la zona clara que lo representa y una mayor oblicuidad. En vez de ser una línea es un área bastante más ensanchada que normalmente. En lugar de ser de límites bien definidos en sus fronteras epifisaria y cervical, es irregular, festoneado, con entrantes y salientes que se insinúan en el territorio cervical, sucesión de imágenes densas y claras que contrastan con la imagen normal.

Por último, su orientación no es análoga a la del lado sano, es algo más oblicua, más verticalizada.

- 2º) *En el cuello femoral se destaca:*
  - a) su acortamiento,
  - b) el aumento de su grosor,
  - c) la existencia en la zona próxima al cartilago de conjugación de pequeñas imágenes líticas areolares que corresponden a las ya descritas para el cartilago de crecimiento.
  
- 3º) *A nivel de la epífisis se observa una evidente modificación de la forma y aumento de la altura. La modificación de la forma es tanto más notable y fácil de apreciar cuando existe deslizamiento, aunque sea de grado mínimo. En el límite cervicoepifisario superior hay una modificación de la silueta geométrica por modificación del ángulo.*
  
- 4º) *Desmineralización difusa iliofemoral.*

Las modificaciones en la imagen radiográfica de la extremidad superior del fémur, sobre todo aquéllas que se refieren al cartilago de conjugación y al cuello, se observan también en la imagen de perfil. Esta última permite, sin embargo, comprobar con más claridad, más fácilmente, pequeños deslizamientos. Durante mucho tiempo fue considerada como la investigación semiológica más importante. No se podría hacer diagnóstico del deslizamiento epifisario ("slipping epiphysis") sin esta proyección. Pero es que el deslizamiento epifisario constituye, aun en sus grados mínimos, una etapa más avanzada de la enfermedad. Esta, antes de sus complicaciones evolutivas, tiene una expresión clara en la imagen radiográfica de frente, para la que reivindicamos toda su importancia.

*En resumen*, la condropatía conjugal pura se manifiesta:

*Clínicamente*, por un síndrome doloroso mínimo de cadera y rodilla en adolescentes varones que, frecuentemente, tienen un biotipo anormal.

*Radiológicamente*, por modificación del cartilago conjugal, del cuello femoral y de la epífisis, que hay que buscar cuidadosamente frente a la sospecha clínica.

Descamos insistir en la obligatoriedad del examen clínicorradiológico de ambas caderas, porque la cadera sana puede servir de test y, además, porque la enfermedad puede ser bilateral.

Queremos destacar lo importante que es hacer el diagnóstico en esta etapa, donde la terapéutica adecuada evita toda complicación y nos da la seguridad que cura sin secuela. En nuestra estadística sólo el 5 % fue diagnosticado en esta etapa.

### LOS ACCIDENTES EVOLUTIVOS

Estudiaremos los accidentes de producción reciente, pues los antiguos pertenecen al capítulo de las secuelas.

Estando el cartilago conjugal enfermo y siendo la zona del cuello próxima a él, débil, es fácil comprender que el accidente a esperar sea el deslizamiento de la epífisis femoral. Este deslizamiento se puede establecer en forma *aguda* o *progresiva*, dando cuadros clínicos distintos, que pasamos a relatar brevemente.

A) *Deslizamiento agudo*.— Corresponde al 15 % de nuestra estadística.

En un enfermo portador de la sintomatología descrita y que no fue interpretada, la incidencia de un traumatismo mínimo (caída de su altura, esfuerzo en la práctica de deportes, descenso de un ómnibus, etc.), provoca toda la sintomatología propia del síndrome de fractura del cuello de fémur:

- Dolor intenso a nivel de la cadera.
- Impotencia funcional, en general absoluta.
- Rotación externa del miembro.
- Acortamiento.
- Dolor a la palpación del triángulo de Scarpa.
- La búsqueda de la movilidad activa y pasiva de la articulación coxofemoral muestra rigidez de grados variables.

*Radiografía*: Se observa claramente la modificación de la relación cervicoepifisaria (fig. 3).

El grado de deslizamiento es variable, pero, en general, acentuado.

*En resumen:* Cuadro clínico de fractura de cuello de fémur con traumatismo mínimo, en un adolescente que sufría antes de su cadera, nos debe hacer sospechar el “deslizamiento agudo de la epífisis”. La radiografía certifica el diagnóstico y aclara el grado del deslizamiento producido.

B) *Deslizamiento progresivo.*— Corresponde al 37 % de nuestra estadística.

En estos casos no existe el cuadro dramático con que se presenta el deslizamiento agudo.

Subjetivamente se manifiesta por una acentuación del sufrimiento propio de la condropatía, al que se agrega el aumento de la cojera y sensación de rigidez articular.

*Al examen clínico llama la atención:*

- a) *La actitud viciosa* del miembro que está en rotación externa más o menos acentuada.
- b) *El acortamiento* que se manifiesta a la medida, pero es mayor con el enfermo de pie (acortamiento funcional por desequilibrio pélvico compensador de la adducción).
- c) *La rigidez articular* tanto mayor cuanto mayor es el dolor y el deslizamiento. Destacamos que los movimientos más limitados son la rotación interna y la abducción, lo que se explica teniendo en cuenta los caracteres del deslizamiento.
- d) *Las modificaciones de la marcha* están supeditadas a la existencia de la cojera:
  - por dolor durante el apoyo.
  - por acortamiento.
  - por limitación de la función (rotación interna).

*Radiografía:* Muestra las modificaciones de las relaciones cervicoepifisarias al igual que en el deslizamiento agudo, más las alteraciones del cartílago relatadas en la condropatía pura (figura 4).

En los casos evolucionados el cartilago conjugal tiende a desaparecer como expresión primera del proceso de consolidación que solidarizará ambos sectores en la posición en que se encuentran, y que tendrá su expresión final en la coxa vara definitiva.

En la figura 4 se ve un caso de lesión bilateral con deslizamiento progresivo.

#### RESUMEN

Hemos descrito brevemente el cuadro clinicorradiológico de la *condropatía conjugal de la cadera del adolescente*, enfermedad cuya etiología se discute todavía y cuya instalación precede siempre, durante un período de tiempo variable, a la aparición del deslizamiento epifisario que debe considerarse aún en su grado mínimo, como una complicación evolutiva de dicha enfermedad.

La condropatía conjugal de la cadera del adolescente tiene un cuadro clínico radiológico que permite su diagnóstico en el momento oportuno y más útil de la afección, antes de cualquier accidente.