

TRATAMIENTO DE LA CONDROPATIA CONJUGAL DE LA CADERA DEL ADOLESCENTE

Dr. JOSE D. PALADINO

El tratamiento será distinto, según la etapa evolutiva de la condropatía conjugal en que deba comenzarse:

- 1) Condropatía conjugal pura (C. C.).
- 2) C. C. con deslizamiento mínimo (grado 1).
- 3) C. C. con deslizamiento progresivo (grado 2).
- 4) C. con despegamiento agudo.

Se ha insistido en que el tratamiento debe realizarse, para obtener buenos resultados, inmediatamente después de producido el deslizamiento. Nosotros consideramos que el tratamiento ideal debe comenzar en el momento mismo en que se hace el diagnóstico, y que, aunque reconocemos las dificultades, éste puede y debe hacerse en la etapa de la condropatía conjugal pura, es decir, antes de su complicación, el deslizamiento.

Instituido aquí, el tratamiento será más corto, menos penoso para el enfermo, de resultados inmediatos buenos, alejando el fantasma de la evolución a largo plazo: la repercusión articular y su consecuencia, la artrosis.

En la primera etapa: CONDROPATÍA CONJUGAL PURA.— Sabemos que es una enfermedad que en su inicio está radicada exclusivamente en el cartilago conjugal superior del fémur. Al ignorar su etiología, imposible es plantear tratamiento etiológico o pro-

filáctico. La única solución de que disponemos es proceder al cierre de dicho cartilago (epifisiodesis). El objeto es evitar la complicación: el deslizamiento epifisario con todas sus consecuencias, la coxa vara, la necrosis epifisaria y la artrosis.

El cierre se logrará efectuando una perforación del cartilago conjugal a través del cuello femoral y la colocación de un injerto en el sitio de la perforación que tendrá por objeto solidarizar la epífisis al cuello hasta que el cierre del cartilago sea definitivo y, a su vez, actuar como elemento biológico que abrirá nuevas vías vasculares a la epífisis superior del fémur, haciendo la profilaxis de la necrosis. A los 4-5 meses se ve el injerto incorporado y al cartilago de conjugación desaparecido.

En la segunda etapa: C. C. CON DESLIZAMIENTO MÍNIMO.— Entendemos por deslizamiento mínimo aquel que es apenas visible, que muchas veces no se ve en las radiografías de frente y se marca como un pequeño escalón en el perfil. Consideramos que esta alteración mínima es muy difícil de reducir y, por sobre todo, que no influirá en el futuro inmediato en la función de la cadera, aunque nuestra experiencia nos permite aún afirmar lo que influirá en el futuro alejado.

El tratamiento igual al de la etapa anterior tiene por objeto evitar que este deslizamiento mínimo aumente.

En la tercera etapa: C. C. CON DESLIZAMIENTO PROGRESIVO (grado 2).— La alteración morfológica es muy importante. Su repercusión funcional, de no tratarse, se hará sentir a breve plazo con la condena de la función de la cadera y con un acortamiento que repercutirá en todo el sistema locomotor.

El esfuerzo terapéutico debe estar orientado a retrotraer la enfermedad a la primera etapa, es decir, reducir el deslizamiento. Cuando éste se ha hecho en forma lenta y progresiva, las dificultades para una reducción anatómica son muy grandes, tanto más cuanto mayor haya sido el tiempo de evolución. Muy pocas veces se alcanza una reducción perfecta y, en general, debemos transar con pequeños defectos residuales que siempre serán mejores que la gran deformación. Luego se procede al cierre del cartilago conjugal.

En la cuarta etapa: C. C. CON DESPEGAMIENTO AGUDO. También será necesario hacer la reducción. Es aquí más fácil que en el deslizamiento progresivo, sobre todo cuando el deslizamiento ha sido reciente.

En esta etapa el peligro reside en la necrosis aséptica epifisaria al interrumpirse el aporte sanguíneo de la epífisis que viene del sistema de la circunfleja. El injerto, además de elemento de fijación mecánica, tendrá aquí su función principal en ser un elemento biológico, capaz de brindar nuevas vías al tejido conjuntivo vascular.

INFLUENCIA DEL CARTILAGO CONJUGAL EN EL CRECIMIENTO DEL FÉMUR

La desaparición del cartilago conjugal superior del fémur no deja secuelas importantes, sobre todo teniendo en cuenta que la edad en que la condropatía conjugal es frecuente, le resta ya poco tiempo de actividad. Además, influye sólo en forma relativa en el crecimiento total del fémur que ha sido avaluado por distintos autores en un 30 % (Green 30 %, Digby 31 %). La secuela es despreciable o fácil de compensar en el calzado y siempre muy inferior a la que puede dejar la enfermedad librada a su evolución espontánea.

TECNICA

Brevemente daremos algunos detalles de la técnica.

Bajo anestesia general o raquídea, en la mesa ortopédica, abordaje externo sobre la región trocantérica. A través del fascia lata y del vasto externo se llega a la cara externa del fémur y trocánter. Dos centímetros por debajo de la cresta del vasto externo se hace una perforación con un alambre de Kirschner, que debe recorrer la parte central del cuello hacia la epífisis. Un control radiográfico de frente y otro de perfil, mostrarán el buen centrado del alambre o indicará las correcciones necesarias que deberán efectuarse hasta lograr su correcta posición. Una vez logrado, con una mecha para hueso, movida por motor eléctrico y perforada en su centro para permitir ser dirigida por el Kirschner, se labra un túnel por el cuello, atravesando el cartilago conjugal y llegando hasta la epífisis. Una placa mostrará

si la mecha ha alcanzado la epífisis. Se retira la mecha y se coloca un autoinjerto de cresta de tibia tomado en el mismo acto operatorio, para lo que se aprovechó el tiempo necesario para hacer los controles radiológicos, y que ha sido modelado en un calibrador que da al injerto diámetro igual al de la mecha.

En los casos de deslizamiento marcado, deben ser previamente reducidos con maniobras realizadas en la mesa de operaciones ortopédicas, que consistirán en tracción en el eje del miembro, reducción y rotación interna para corregir el desplazamiento epifisario, siempre constante hacia abajo (varó) y hacia atrás.

Volvemos a insistir en las dificultades que se presentan cuando se debe reducir un deslizamiento progresivo marcado y lo excepcional que es obtener una restitución morfológica completa.

Nunca usamos con fines de fijación, ni clavos ni tornillos de ningún tipo. Evitamos la presencia de elementos metálicos, siempre riesgosos, que son seguramente responsables de las necrosis asépticas epifisarias, tan abundantes en otras estadísticas.

Luego de operado, cuando fue necesario hacer maniobras de reducción, se inmoviliza con yeso pelvipedio que se mantendrá por un plazo de dos a tres meses.

Cuando con las maniobras no es posible reducir el deslizamiento (1 caso en 50) lo consideramos como una secuela y lo tratamos como tal.

Tratamiento fisioterápico adecuado: termo, masoterapia y ejercicios, serán necesarios en el postoperatorio, para devolver a la cadera y a la rodilla su función, muy especialmente cuando ha sido necesario inmovilizar con yeso.

La colaboración del especialista endocrinólogo será muy valiosa, para tratar las disfunciones glandulares, cuando existan.

CASUISTICA

Fueron tratados 50 enfermos sorprendidos en la etapa de condropatía conjugal pura o de su complicación inmediata, el deslizamiento, así distribuidos:

- 5 en la etapa de condropatía conjugal pura.
- 11 en la de decolamiento mínimo (grado 1).
- 21 en la de decolamiento progresivo (grado 2).
- 13 en la de despegamiento agudo.

CONDROPATIA CONJUGAL DE LA CADERA DEL ADOLESCENTE

Etapa	Morfología de la extremidad superior del fémur	Tratamiento	Objeto	Resultados	
				Inmediato	Alejados
Condropatía conjugal pura.	Conservada.	Cierre del cartilago.	Evitar el deslizamiento.	Bueno.	Bueno.
C. C. con deslizamiento mínimo.	Apenas alterada. Compatible con buena función de la cadera.	Cierre del cartilago.	Que el deslizamiento no aumente.	Bueno.	Mínima alteración morfológica: posibilidad de sufrimiento a plazo muy largo.
C. C. con deslizamiento grado 2.	Gran deformación difícil de corregir.	Reducción (siempre incompleta). Cierre del cartilago.	Restituir la forma. Impedir la recidiva.	Bueno.	Residua alteración morfológica: suf. tanto más cercano cuanto mayor es la deformación.
C. C. con despegamiento agudo.	Gran deformación fácil de corregir.	Reducción. Cierre del cartilago.	Restituir la forma. Impedir la necrosis y la recidiva.	Bueno.	Interrogante sobre futuro a plazo muy largo.

RESULTADOS

Debemos distinguir el resultado inmediato: desaparición del dolor, de la cojera, del acortamiento, de la actitud viciosa, y el otro alejado: la repercusión sobre la función articular a largo plazo, variable en relación con la mayor o menor alteración morfológica residual.

Los operados en la primera etapa de la condropatía tienen resultados inmediatos buenos y alejados uniformemente buenos, seguidos algunos, diez años después de iniciado el tratamiento, con función de cadera completa o casi completa, acortamiento cuando existe no mayor de 1 centímetro, no dolor.

En resumen: Resultado inmediato bueno con ausencia de secuela a distancia, lo que jerarquiza la oportunidad del tratamiento.

Los resultados son superponibles en el deslizamiento mínimo y en el despegamiento agudo bien reducido: inmediato y alejados buenos. Pero queda la incógnita si a plazos más largos que nuestras observaciones actuales, no habrá repercusión articular.

En algunos de los primeros casos de despegamiento agudo tratados sólo por reducción e inmovilización, se observaron necrosis epifisarias. Desde que se utiliza el injerto óseo esa posibilidad evolutiva no fue observada.

En el deslizamiento progresivo (grado 2) los resultados son distintos. Al comienzo, buenos, mantienen la esperanza sobre la buena evolución. Pero la imperfecta reducción que se obtiene, habitualmente influye con el tiempo sobre la cadera y repercutirá sobre la función articular tanto más precoz y más intensamente, cuanto mayor es la alteración morfológica residual. Los primeros años que siguen a la intervención pueden transcurrir sin síntomas, pero después de pasado un período variable, 5, 8, 10, 15 años, aparece el cuadro doloroso articular, manifestación clínica articular de la artrosis.

RESUMEN

Fácil es deducir de estas consideraciones la importancia de la iniciación precoz del tratamiento y justificar nuestra insistencia en la necesidad de un estudio cuidadoso para despistar la enfermedad en la etapa de la condropatía conjugal pura.