

## CONDROPATIA CONJUGAL

### Secuelas. Manifestaciones clínicas. Tratamiento

Dr. DANIEL ROSSI STAJANO

#### DEFINICION

Se considera secuela cuando las alteraciones de la morfología cervicoepifisiarias debidas a una lesión del cartilago conjugal son irreversibles y definitivas, o cuando a través del tiempo se han instalado modificaciones groseras de la morfología de la extremidad superior del fémur; de la epífisis, del cuello, del cotilo o degenerativas de la articulación coxofemoral, con su función comprometida.

Estas secuelas pueden tener su origen:

- 1<sup>o</sup>) *En un deslizamiento agudo.*
- 2<sup>o</sup>) *En un deslizamiento progresivo.*

Cuando la causa ha sido un deslizamiento epifisario agudo, consideramos que se trata ya de una secuela, si la reducción por maniobras incruentas es imposible; esto sucede aproximadamente al mes del cuadro agudo. Si la causa es un deslizamiento progresivo será considerada secuela también cuando la reducción es imposible y el cartilago conjugal está cerrado.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

Este trabajo sobre condropatía conjugal se ha basado en el estudio de 100 casos; 41 de ellos vinieron a la consulta ya en el estado de secuelas. Los vamos a dividir en tres grupos:

*Primer grupo: Despegamiento agudo envejecido; segundo grupo: deslizamiento crónico envejecido y tercer grupo: los que vienen a la consulta pasado ya algún tiempo, años, en general más de diez, con modificaciones morfológicas y funcionales graves de la articulación de la cadera y que reunimos bajo el término genérico de artrosis.*

*Primer grupo: Despegamiento agudo envejecido.*—Tenemos 11 casos; la edad oscila entre 14 y 25 años; todos tienen un antecedente claro de un traumatismo en su cadera afectada. Interrogado el enfermo o sus familiares refieren que antes del traumatismo más o menos intenso, presentaba una serie de trastornos o incomodidades para la marcha; dolor en cadera o rodilla, los cuales fueron interpretados y tratados solamente como un reumatismo. En ese momento, en que el enfermo presentaba los síntomas de una condropatía conjugal, debía haber sido tratado para evitar el deslizamiento de la epifisis, cuya causa es la enfermedad de su cartilago. El trauma es sólo un elemento coadyuvante.

Su miembro inferior tiene la actitud de una típica fractura de cuello de fémur envejecida: acortamiento, rotación externa del miembro y abducción del mismo. Los movimientos de rotación están tanto más disminuidos y a veces abolidos cuanto la actitud de rotación externa es más grande. En la radiografía de ese tipo de secuela, predomina el deslizamiento de la epifisis sobre el cuello ya consolidado.

*Segundo grupo: Deslizamiento crónico envejecido.*—Tenemos 25 casos en este grupo; la edad es más o menos la misma del grupo anterior. No hay antecedentes de un cuadro traumático claro. Están presentes los síntomas de su condropatía conjugal primero, y luego la instalación de un cuadro clínico similar al grupo anterior.

En tres casos, los enfermos nos hablaron de un síntoma que por circunstancias especiales al principio nos llevó a dudar de la veracidad del mismo; manifestaban que en una forma progresiva tenían una pérdida de fuerza para extender la pierna sobre el muslo y hacer la flexión plantar del pie. Fueron enviados a hacerse exámenes eléctricos en los cuales se comprobó

lesiones de la neurona motora periférica con caracteres evolutivos; en uno de ellos, en un examen realizado un año antes, existían ya estas lesiones, pero en grado menor. No sabemos la causa que puede explicar este síntoma, pero planteamos que pudiera tratarse de una lesión de orden reflejo a punto de partida articular con una expresión clínica de atrofia muscular y eléctrica de reacción de degeneración.

La radiografía es la *típica imagen de la coxa vara del adolescente*: muestra un ángulo de inclinación cerrado; la epífisis con una forma de media luna cuyo polo inferior desborda hacia abajo el cuello y lo envuelve; éste es más corto y grueso, el borde superior convexo y el cartilago de conjugación no existe (está cerrado); a menudo la cavidad cotiloidea está también deformada, menos cóncava. La articulación está libre.

*Tercer grupo: Artrosis.*—Tenemos 5 casos; la edad oscila entre 30 y 50 años. Corresponde a enfermos que podían haberse incluido en el grupo anterior, pero que por su larga evolución nos consultan por un cuadro doloroso de cadera y actitud viciosa de la misma, que corresponde a una artrosis coxofemoral ya establecida. Radiológicamente la imagen es similar a la del grupo anterior, más los signos de la artrosis coxofemoral. Las modificaciones en la morfología epifisaria del cuello y del cotilo, acaecidas en ese período de la vida final de la segunda infancia, adolescencia, conducen rápidamente a alteraciones degenerativas de la articulación, tanto más rápidamente cuanto mayor es la deformación, y en general más rápidamente de lo que se puede suponer revisando la estadística sin prevenciones.

Mucho antes de que la enferma consulte por sus dolores y su impotencia funcional progresiva, *años*, antes ya hay una coxopatía, aunque con síntomas subjetivos mínimos o ausentes, pero que el examen objetivo cuidadoso puede poner de manifiesto (limitación de las rotaciones) y la radiografía confirma. Nuestra historia clínica N<sup>o</sup> 85.072 es un ejemplo claro; se trata de un enfermo que fue tratado en la etapa de deslizamiento agudo, que fue sólo parcialmente corregido, quedó un residuo de desplazamiento considerado como mínimo y sin importancia. Lo volvimos a ver a los cinco años por un cuadro doloroso de codo derecho. Aprovechamos la oportunidad para estudiarlo de la ca-

dera donde había tenido la condropatía complicada y tratada. Se consideraba curado, no sentía dolores ni molestia alguna, no obstante el examen de su cadera comprobó limitación discreta de las rotaciones y la radiografía una artrosis, o mejor una dismorfia articular, que seguramente le traería problemas en un futuro más o menos alejado.

Tenemos otros enfermos en las mismas condiciones, vistos nueve y diez años después.

## TRATAMIENTO

El tratamiento realizado de estas secuelas se ha ido modificando en estos últimos tiempos y también teniendo en cuenta la edad y el tipo.

Los tratamientos realizados fueron:

- 1) Osteotomías cervicales.
- 2) Osteotomías desrotadoras.
- 3) Osteotomías para modificar el apoyo.
- 4) Artrodesis.
- 5) Artroplastias.

1) *Osteotomías cervicales*.— En el Instituto se han realizado seis intervenciones. Deben ser enfermos jóvenes que han tenido un despegamiento agudo envejecido e irreversible, pero relativamente reciente.

El fin de esta intervención es restituir la forma normal del cuello y la relación de éste con la epífisis. Intervención difícil. Se debe hacer una artrotomía, se fija en forma momentánea con un clavo de Steiman la epífisis para evitar su rotación; en la unión cervicoepifisaria se hace una osteotomía cuneiforme a base ánterosuperior. El lugar de elección de la osteotomía es muy importante para la restitución de la morfología normal. Se aborda la región trocántérica y se labra un túnel cervicoepifisario donde se coloca un injerto de cortical de tibia.

Puede ofrecer resultados inmediatos buenos, tanto radiológica como funcionalmente, pero insistimos que es muy difícil la restitución de la morfología normal y por tanto no impedir la formación de una artrosis futura.

2) *Osteotomías desrotadoras.*— Es una intervención que se hace sólo con el fin de corregir la actitud de rotación externa; es una osteotomía intertrocantérica que se hace para corregir esta actitud sin modificar el apoyo. Esta intervención no evita la artrosis futura.

3) *Osteotomías para modificar el apoyo.*— Esta intervención tiene como indicación precisa *la artrosis*. Técnicamente, osteotomía intertrocantérica en la cual el trazo de osteotomía tiene que tener una oblicuidad como la del cuello, se hace una buena traslación del fragmento distal hacia adentro, tratando de corregir también la rotación externa. Para lograr una buena traslación del fragmento distal es necesario llevar el miembro a una marcada abducción, inmovilizando en esta actitud durante un mes en un aparato de yeso pelvipedio; luego se disminuye la abducción y se inmoviliza con otro yeso pelvipedio durante dos meses más; en este periodo el enfermo comienza la deambulación.

Es una intervención analgésica que deja como secuela el acortamiento y la rigidez (diapositivo).

4) *Arthrodesis.*— Es una intervención que hace desaparecer la función de la articulación coxofemoral. Indicada en enfermos adultos jóvenes. La artrodesis puede ser intraarticular, extraarticular o intra y extraarticular.

a) *Arthrodesis intraarticular:* Consiste en la ablación de las superficies cartilaginosas del acetábulo y de la epífisis femoral. Se usa como abordaje la incisión de Smith-Petersen, se hace la artrotomía, se luxa la epífisis, se ponen cruentas las superficies del acetábulo y de la epífisis, se cierre y se inmoviliza en yeso pelvipedio.

b) *Arthrodesis extraarticular:* Este tipo de artrodesis fija la cadera sin intervención directa en la articulación. Albee, en 1913, describió un método en que lograba la anquilosis coxofemoral mediante la producción de un puente entre el iliaco y el trocánter con dos injertos de cortical de tibia.

En 1941 Brittain describe una artrodesis extraarticular, basado en una osteotomía subtrocantérica, colocando en ella un

injerto de tibia que penetra en una brecha en el isquión, trasladada el fragmento distal del fémur hacia adentro mediante la abducción del mismo.

c) *Artrodesis intra y extraarticular*: Este tipo de intervención consiste en una artrodesis intraarticular con la técnica descrita anteriormente, a la cual se le agrega un injerto óseo que se coloca en el lecho que va desde el reborde cotiloideo a la epífisis.

5) *Artroplastias*.— Esta intervención, que estuvo en boga hace unos años, tenía como indicación más precisa la bilateralidad de la lesión. El principio de esta intervención consiste en remodelar los elementos articulares e interponer entre ellos sustancias extrañas que pueden ser: tejidos orgánicos (fascia lata, aponeurosis o músculo) o sustancias extrañas no absorbibles (acero, vitalio o acrílico). En las artroplastias de cadera lo que más se ha usado ha sido la colocación de prótesis de acrílico o de acero.

Los resultados no han sido buenos y no la recomendamos.

*En resumen*: las secuelas de la condropatía conjugal, aunque clasificadas en diferentes tipos, son en realidad una misma cosa; la alteración de la morfología cervicoepifisiaria de grado variable y modificada por el tiempo transcurrido, que la agrava, y provoca alteraciones de la morfología del cotilo y degenerativas articulares.

Su tratamiento siempre es difícil, y su pronóstico reservado. Las técnicas que aspiran a una restitución morfológica (*osteotomías cervicales*) de indicación precisa y, por consiguiente, limitada (casos relativamente recientes) dan resultados inconstantes y a menudo malos.

Los métodos que pretenden conservar la movilidad articular remodelando la epífisis y el cotilo, *artroplastias*, deben ser abandonadas por la calidad de los resultados obtenidos, tanto más de esperar cuanto que se trata de enfermos jóvenes.

Todas las demás: osteotomías desrotadoras, osteotomías modificadoras del apoyo, y artrodesis, constituyen operaciones *analgésicas* cuyo buen resultado exige el sacrificio de la función articular.

*El unico tratamiento* que puede garantizar una función articular normal, que no presenta problemas de técnica o de evolución, es aquél dirigido a la enfermedad primitiva, a la *condropatía conjugal* de la cadera del adolescente *antes* de su complicación. Instalada ésta en forma aguda, aparente o crónica, es muy difícil *reducir*, es decir, recuperar *exactamente* la morfología cervicoepifisiaria, única garantía de evitar secuelas de aparición más o menos alejadas. Reducciones incompletas, *apenas* incompletas; después de un período de bienestar, sin síntomas subjetivos, variable de cinco años o más, *conducen* a la *artrosis de cadera* con todo su potencial del dolor, de invalidez y de problemas a resolver.

Es esta última una noción, que nos inspira la revisión de nuestros casos y sobre la que consideramos de gran utilidad insistir.

Instalada la *secuela*, cualquiera que sea su grado, o el tiempo transcurrido, todo es difícil y, en general, la función de la articulación está condenada, *cualquiera* que sea el tratamiento instituido.