

Deslizamiento Epifisario de la Cabeza Femoral

Dr. L. Irigoyen Dotti *

Sinonimia: Coxa vara epifisaria de los adolescentes, epifisiolisis de la cabeza del fémur, coxa anteverta.

Definición: Es el desplazamiento hacia atrás y abajo de la cabeza femoral, que movilizándose sobre el cartílago epifisario, determina cambios adaptivos de la articulación de la cadera.

Etiología: Existe un fondo hormonal dominado por un doble mecanismo: 1) Exceso de secreción de la hormona del crecimiento, que estimula directamente los cartílagos epifisarios **engrosándolos** y aumentando el desarrollo celular. Este tipo se traduce clínicamente por el niño delgado de crecimiento prematuro.

2) Normalmente la hormona sexual frena la proliferación celular a nivel de los cartílagos epifisarios, y consecuentemente los adelgaza. Una disminución del nivel normal de dicha hormona, produce el fenómeno contrario, es decir, los cartílagos permanecen **engrosados**; si a esto se agrega el aumento anormal del peso de los hipogonádicos, que

actúa como causa mecánica, tendremos un segundo tipo clínico más frecuente que el descrito primeramente.

Con menos frecuencia los traumatismos directos pueden ser la causa de un desplazamiento de la cabeza del fémur.

Anatomía patológica: Se describirán tres estadios, que determinan tres grupos clínicos diferentes y son tributarios de tres métodos distintos de tratamiento.

1) La cabeza se ha deslizado hacia atrás sobre un punto de tracción que es el ligamento redondo; el desplazamiento está por debajo de un centímetro y no hay cambios degenerativos de ninguna especie.

2) La progresión ha aumentado; la relación articular cabeza-acetábulo, es mantenida por el miembro inferior, que va rotando hacia afuera progresivamente, a medida que la cabeza se ha ido desplazando. Las presiones anormales comienzan a producir cambios estructurales de descalcificación y proliferación subperióstica.

3) Corresponde a la etapa francamente degenerativa, con producción de osteofitogénesis y cambios de forma.

* Del Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital "Central" de Barquisimeto. Cirujano Traumatólogo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Barquisimeto.

El cuello se encuentra colocado hacia arriba y adelante, habiendo perdido la concavidad de sus contornos. El cartilago epifisario se ha hecho irregular y ancho. La cabeza se achata de forma.

Clínica: 1) Corresponde al niño tipo Frolich, o al prematuramente desarrollado, que consulta por dolor en la cadera, parte anterior del muslo o rodilla, sin motivo aparente o en relación con un leve trauma.

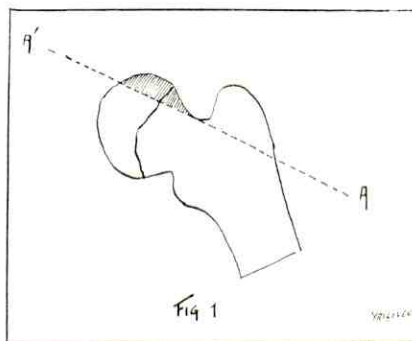
2) El síntoma dolor ha aumentado, y la deformidad del miembro en rotación externa es aparente. La rotación interna se encuentra disminuida.

3) Presenta la gama sintomática de una osteoartropatía crónica de la cadera, con dolorimiento y limitación de la movilidad.

Diagnóstico precoz. Importancia de la posición de "frog-legs".

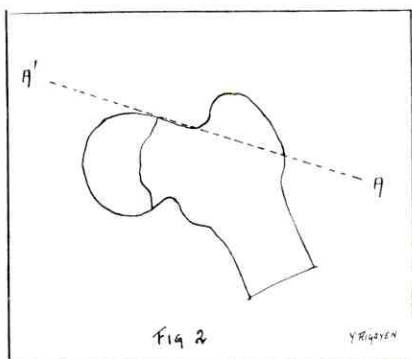
La radiografía anteroposterior, colocando el borde de los pies juntos, nos da el desplazamiento hacia abajo; pero como quiera que principalmente la cabeza se desplaza hacia atrás, muchas veces con ausencia del desplazamiento hacia abajo, tendremos que examinar con especial interés la parte posterior. Esto lo conseguimos mediante la llamada posición de "frog-legs", que brinda las ventajas siguientes: facilidad de ejecución, englobamiento de las dos caderas, y perfecta visualización de la parte posterior. El enfermo se coloca en decúbito supino, con las caderas en flexión y abducción, las rodillas en flexión y las plantas de los pies en aposición; el foco se centra en la mitad de la línea imaginaria que une ambos acetábulos.

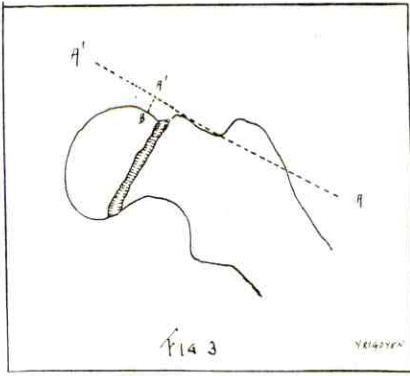
El criterio que se toma para el diagnóstico, es la proyección del borde del cuello, sobre la cabeza, a la cual corta en sus bordes en la cabeza normal. (Fig. 1).



Cuando esta línea (AA') está tangente o por encima de la cabeza, el diagnóstico es claro (Figuras 2 y 3); la distancia A'B mide la magnitud del desplazamiento. Para el cálculo total del desplazamiento, debe tomarse en cuenta la distancia por encima de la tangente, o sea la zona de sombra de la figura 1.

Tratamiento: El problema de estos deslizamientos epifisarios, ha sido estudiado con detenimiento durante los últimos 60 años, en el Hospital General de Massachusetts. Fueron revisados los viejos métodos de traducciones exageradas, rotaciones inter-





nas forzadas, osteotomías subtrocantéreas y a nivel del cuello, etc., etc.

Durante las últimas décadas, la conducción del tratamiento, de acuerdo con la anatomía patológica, ha producido resultados definitivos, estableciéndose los tres procedimientos siguientes:

1) Desplazamientos menores de 1 cm = fijación in situ con clavo trilaminar de Smith-Petersen, tal como si se tratara de una fractura del cuello femoral.

2) Desplazamientos mayores de 1 cm = artrotomía y reducción cruenta con fijación en posición correcta mediante clavo trilaminar.

Se recomienda usar la vía anterior de Smith-Petersen, por ser la más anatómica; no es necesario seccionar el tendón del recto anterior, como se hace en la

incisión típica para las artroplastias. La cápsula debe ser abierta en su lado proximal, de acuerdo con la distribución de la circulación para la cabeza y el cuello.

El desprendimiento de la cabeza debe hacerse exactamente a nivel del cartílago epifisario, mediante la introducción de un osteotomo curvo, completando el desprendimiento con un elevador de periostio (Fig. 4). La cabeza debe sostenerse palanqueada hasta fijar en posición correcta. Las maniobras de reducción son: flexión, tracción y rotación interna.

Como tratamiento postoperatorio se establece una ligera tracción de 5 libras, por 5 días.

3) Cuando una osteoartritis secundaria se ha producido, la cabeza se encuentra deformada, pero no destruida y siempre hay suficiente cuello; por estos motivos se justifica el uso de una copa de vitallium y no una prótesis total de reposición de cabeza o muchos menos cabeza y cuello.

BIBLIOGRAFIA

- Massachusetts General Hospital.* Cursos de Postgraduados de la Universidad de Harvard (1953-1954).
- Joplin, R. J.* Slipped Capital Femoral Epiphysis. American Academy of Orthopaedics Surgeons. Instructional Courses Lectures, Vol. VII, Pág. 210, 1950.