

Deslizamiento epifisario de cabeza femoral¹

M. Salaverri

Bilbao.

Publicado en *Cirugía del Aparato Locomotor* vol. VIII, fasc. 1.º, págs. 326-336, 1951.

La disyunción epifisaria del cuello femoral da lugar a una desviación del miembro inferior correspondiente en sentido de rotación externa desde la raíz del miembro, por anteversión del cuello femoral y deslizamiento del mismo elevándose hacia el reborde cotiloideo, quedando por ello la epífisis desplazada hacia abajo y detrás del cuello femoral, sin abandonar la cavidad cotiloidea.

Este proceso de disyunción del cuello femoral y epífisis evoluciona unas veces lenta y progresivamente, obedeciendo a un proceso pseudomalácico del cuello femoral. Otras veces la disyunción es brusca, consiguiente a un violento traumatismo.

La producción de la disyunción epifisaria, tanto en la una como en la otra forma de presentarse, parece obedecer a una disfunción endocrina compleja (hipofisaria y testicular), siendo de notar que la forma de deslizamiento lento y progresivo se presenta, por lo general, en la iniciación de la pubertad, acompañando a un síndrome de Froehlich, de distrofia adiposogenital, y la forma brusca traumática suele coincidir con frecuencia en adolescentes de tipo acromegálico también hipogonadales.

No está demostrado qué procesos endocrinos influyan en la producción de estas epifisiólisis, pero sí es un hecho de comprobación la importante proporción de coexistencia con estas distrofias adiposogenitales y acromegálicas.

ALTERACIONES ANATOMOPATOLÓGICAS

La zona metafisaria del cuello femoral contigua al cartílago epifisario sufre un proceso de decalcificación y osteomalacia que favorece la disyunción de la epífisis por la acción del peso de estos pacientes y tonicidad de los músculos periarticulares.

El cuello inicia primero una anteversión y la epífisis va situándose a causa de ello en la parte posterior de la metafisis cervical. Las condiciones mecánicas favorecen entonces el deslizamiento hacia arriba de la metafisis del cuello femoral, llegando hacia la misma ceja cotiloidea. Aparentemente es la epífisis la que parece deslizarse hacia abajo y

atrás, quedando el miembro en rotación externa y dando lugar a un acortamiento del mismo.

En las formas traumáticas, tanto la anteversión como el deslizamiento del cuello femoral hacia arriba se verifica bruscamente, pero siguiendo el mismo mecanismo: primeramente se produce una fuerte anteversión del cuello femoral que rompe su unión epifisaria, y casi simultáneamente el cuello femoral se desliza hacia arriba, imprimiendo a la epífisis una rotación y deslizamiento que la aplica contra la parte posterior de la metafisis del cuello del fémur.

La evolución de las formas lentas de epifisiólisis se caracteriza al principio por una claudicación discreta, con dolores irradiados a cara anterior de muslo y rodilla y limitación de la rotación interna del miembro. Se observa en pacientes entre diez y quince años de edad con marcada distrofia adiposogenital.

La radiografía en este período de iniciación puede parecer normal en la proyección anteroposterior, pero en la proyección lateral en posición de Lauenstein con muslo en flexión de ángulo recto y moderada abducción puede ya observarse la anteversión del cuello femoral, que se subluxa de su unión epifisaria.

Esto, ya observado por Milch⁶, hizo considerar a este período como predisuntivo de coxa-anteverta, al que pronto sucede el período disyuntivo de coxa-vara, que confirma ya la radiografía anteroposterior por el cambio de posición de la epífisis que parece haber sufrido un deslizamiento hacia abajo.

Se observan también alteraciones en la zona metafisaria del cuello femoral, de orden patológico unas, como la disminución de densidad ósea y el ensanchamiento de la zona del cartílago epifisario, y de orden biológico otras, como la mayor disminución de densidad ósea en la zona externa del cuello femoral, en la que actúan fuerzas de cizallamiento y tracción, en tanto que en la zona interna acusa mayor densidad, como corresponde a las fuerzas de cizallamiento y presión a que está sometida (ley de Roux).

El progresivo deslizamiento del cuello femoral bajo la epífisis en sentido de anteversión y elevación del cuello va produciendo una coxa-vara compleja, ya que no está constituida por cerrar en mayor o menor grado el ángulo cervicodifisario, sino que se acompaña de una inflexión de convexidad cervicocapital anterior, por la que trocánter y epífisis se aproximan en la parte posterior, determinando una acentuada rotación externa de la diáfisis femoral.

(1) Comunicación presentada a las Segundas Jornadas de la S.E.C.O.T. Santander, agosto de 1951.



J.U. 13 a. Deslizamiento traumático de epífisis de cabeza de fémur.

En casos avanzados esta rotación externa desvía el eje intercondíleo de la rodilla. La rótula queda externa en lugar de anterior y los condilos se dirigen, el interno hacia adelante, y el externo hacia atrás. En consecuencia, los pacientes no pueden sentarse normalmente, viéndose obligados a cruzar la pierna del lado afecto por detrás de la pierna del lado normal.

En la epifiseólisis traumática se observan desde el primer momento todas estas alteraciones anatómicas y funcionales.

Hemos bosquejado este acuerdo anatomopatológico de las formas bruscas traumáticas y las formas lentas idiopáticas de disyunción epifisaria para justificar las normas de tratamiento de las mismas.

TRATAMIENTO

Tanto las formas traumáticas como las idiopáticas pueden presentarse a nuestra observación en su fase inicial, sobre todo las formas traumáticas, en que la impotencia funcional es brusca e importante; pero también se dan casos en que dejaron pasar la oportunidad de un tratamiento precoz en las epifiseólisis traumáticas o preventivo en las formas lentas idiopáticas y se estableció una consolidación y osificación del cartílago epifisario con las alteraciones anatómicas y funcionales de que hemos hecho mención.

La epifiseólisis traumática en su período agudo, aun con un gran desplazamiento epifisario, anteversión de cuello de fémur y acortamiento del miembro, se reduce en anestesia general por las maniobras de Lorenz: flexión, abducción y fuerte rotación interna del muslo, aprovechando para ello la gran palanca que nos ofrece la pierna flexionada en la rodilla.

Una vez reducida la epifiseólisis, hay que fijarla durante el período de consolidación, asimilando el proceso al de una fractura de cuello de fémur, y lo mismo que en esta lesión los métodos de fijación han experimentado una evolución desde la era del enclavijamiento.

En época anterior fijábamos la actitud de reducción (semiflexión, abducción y rotación interna), en un gran venda-



J.U. El mismo deslizamiento epifisario en posición de Lauenstein.

je de yeso extendido de base de tórax a punta del pie. La radiografía de comprobación sobre el yeso mostraba una reducción y contención de la epifiseólisis que manteníamos en el yeso tres o cuatro meses.

Los resultados no eran en absoluto satisfactorios. Algún caso terminó en una pseudoartrosis, por luxación del cuello femoral, que abandono su reducción epifisaria en el mismo apósito de yeso, que no podía fijar suficientemente la reducción por tratarse de un típico distrófico adiposogenital con extrema adiposis. Es el mismo yeso el que se desliza hacia arriba en el vientre y arrastra al miembro en esta ascensión, quedando la epífisis en el cótilo separada del cuello de fémur. Acaso se hubiera evitado esta ingrata complicación fijando también el otro muslo al yeso, pero es agobiante mantener así varios meses a un paciente.

En otros casos, si bien se corrigió la rotación externa y acortamiento del miembro, quedaron limitados los movimientos articulares y hasta anquilosis fibrosas permanentes.

El recuerdo de estos casos poco afortunados nos ha hecho rehuir del tratamiento puramente ortopédico incruento, adoptando el método del enclavijamiento de las fracturas de cuello de fémur.

El enclavijamiento nos permite prescindir en absoluto del yeso pélvico. Solamente aplicamos la botina de yeso rotatoria para el descanso en cama durante la noche, autorizando al paciente a levantarse pasados doce a quince días, para sentarse cómodamente, permitiéndole la marcha con muletas primero, y un mes más tarde, con bastones. La reducción se mantiene perfectamente con el enclavijamiento, y el resultado funcional es igualmente perfecto.

El problema es distinto cuando estos pacientes se presentan en una época muy alejada de su accidente, cuando la epífisis consolidó en su deslizamiento y retroversión. Nosotros hemos tratado algunos casos mediante una osteotomía subtrocantérea, corrigiendo parcialmente la coxa-vara y sobre todo la rotación externa, logrando también una corrección aparente del acortamiento, acentuando algo la abducción al fijar el miembro en el yeso.

En estos últimos años se ha pretendido por algunos autores americanos (Klein y colaboradores⁴, Paul Martin⁵, Badgley¹, Howorth³ y Compère²) corregir la deformidad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9357782>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9357782>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)