

LA OSTEOCONDritis INFANTIL DE LA CADERA

por el doctor

M. SOLER TEROL

de Barcelona.

La patología de las afecciones de la cadera ha llegado ya a un conocimiento bastante perfecto en el último decenio, si bien hay todavía algunos puntos oscuros que merecen la mayor atención; uno de ellos es el estudio de la entidad que nos ocupa; esto es, de la osteocondritis infantil, conocida también con el nombre de enfermedad de PERTHES, si bien fue estudiada muy anteriormente por otros autores, en particular por MAGDL en 1897, que la consideró como proceso completamente desligado de la artritis tuberculosa, y de la coxa-vara de la adolescencia, entidad separada poco antes por MÜLLER. Las publicaciones de aquel entonces hasta hoy, se han ido excediendo de un modo progresivo, siendo de mención los estudios de BRUUN, LUDLOFF, LEGG, etc., y recientemente se ocupan de ella todos los especialistas, habiendo nuestra Revista publicado en diciembre último un valioso trabajo de los profesores de la Facultad de Oporto, Amandio TAVARES y Roberto CARVALHO (1).

La unidad de las artritis crónicas—no traumáticas—de la cadera en la infancia, que hasta fines del siglo pasado se consideraban incluídas dentro del cuadro de la coxalgia, se ha ido desmoronando en entidades diferentes, clasificándose como del todo independientes tres entidades: la coxitis propiamente dicha, la coxa-vara dolorosa de la adolescencia y la osteocondritis infantil; las dos primeras, son perfectamente conocidas; siendo una artritis tuberculosa la primera y considerándose la coxa-vara como manifestación de raquitismo tardío; en cambio, en la osteocondritis la unidad de criterio no prevalece, dando cada autor una teoría diferente respecto a su etiología y patogenia, incluyéndola unos en el campo del distrofia óseo, otros la consideran como manifestación raquítica; otros, como reacción a una artritis infecciosa desapercibida, etc., etc. Pero, entre las opiniones más autorizadas, lo único que se puede admitir, sin ninguna duda, es la relación directa que presenta con la luxación congénita de la cadera; es indudable, como se ha podido comprobar en varios casos, la aparición de una osteocondritis en caderas que habían sido primitivamente repuestas, y las escasas estadísticas publicadas nos enseñan que el índice de su aparición es mucho mayor en aquéllas que no en caderas sin ninguna tara congénita.

(1) «Contribución al estudio de la Osteocondritis deformante infantil». ARS MEDICA. Diciembre de 1928.

La osteocondritis aparece en articulaciones coxofemorales primitivamente sanas, pero su frecuencia es mucho mayor en las luxaciones repuestas. ¿Qué consecuencia directa sacamos de esta correlación? ¿Es que el traumatismo de la reducción obra a manera de insulto? Si así fuera, tendría una gran importancia la relación de un traumatismo primitivo en una articulación sana, pero vemos que la correlación no existe cuando hay claras osteocondritis sin ninguna lesión traumática inicial. En resumen, que hemos aun de esperar un tiempo para tener un concepto claro respecto a naturaleza y causa de esta aparición. En cambio, su sintomatología es hoy día perfectamente conocida, presentándose siempre con las mismas manifestaciones como entidad ya definida. Podemos clasificar su estudio sintomático en tres etapas: período inicial, período de estado y período de curación.

Período inicial: Pasa casi siempre desapercibido, pues es considerado siempre como una manifestación reumática; el paciente se queja de ligero dolor en la cadera o bien con propagación a la rodilla, pero sólo en algún día, después de larga marcha o de mucho cansancio, desapareciendo toda molestia después de un ligero descanso. Fenómenos objetivos, ni que decir tiene, no hay ninguno; faltan en absoluto. Sin pensar en la osteocondritis no cabe hacer otro diagnóstico que manifestación reumática, ya que pensar en una coxalgia; es tan prematuro, por no decir imposible, delante de la carencia de sintomatología; ningún dolor a la presión, falta de limitación de movimientos activos y pasivos, ninguna atrofia, etc., es decir, carencia absoluta de los síntomas iniciales de cualquier artritis crónica. Así pasa el paciente unos meses, de 6 a 8, aumentando muy paulatinamente los dolores articulares, hasta que llega al período florido de la enfermedad; el dolor articular, que hasta hace poco era interpretado como «dolor de cansancio», ahora se hace permanente durante toda marcha, si bien cesa con escaso reposo; es un dolor mucho más continuo, aunque no presenta ningún carácter de agudeza como sucede en las otras artritis en un período algido. Hasta ahora y después de tanto tiempo, no se presenta ningún fenómeno objetivo, lo que contrasta verdaderamente con la importancia de las lesiones como veremos luego en la radiografía; a nuestro entender, es la entidad que presenta una mayor desproporción entre su sintomatología clínica y sus lesiones óseas.

Síntomas objetivos: Atrofia del miembro enfer-

mo: ésta existe siempre llegado ya al período de estado, si bien puede ser a veces muy discreta, lo que requiere una atenta observación. Movilidad articular: está sólo afectada en el sentido de la abducción, siendo ésta limitada tanto a los movimientos activos como pasivos.

Contrariamente a la coxa-vara, no existe nunca la rotación externa, pues se presenta con ligera tendencia a la rotación interna, sin llegar nunca a ser exagerada.

Fenómeno de Trendelenbourg positivo: es casi siempre constante en la ósteocondritis y consiste en el descenso de la espina iliaca anterior superior del lado sano estando de pie el sujeto sobre la pierna enferma. La explicación de este síntoma se basa en el relajamiento articular, que permite la separación más o menos pronunciada de las superficies articulares, siendo también debido a un estado de hipotonía de los músculos pelvi-trocantéreos lo que facilita la contractura de los antagonistas, es decir, de los aductores. Ahora queda explicado el por qué de la limitación de la adducción estando, en cambio, la flexión completamente libre.

De las tres entidades: luxación congénita, coxa-vara y ósteocondritis, que presentan las tres el fenómeno de Trendelenbourg positivo, sólo la última aparece sin estar aún el trocánter mayor elevado, siendo este dato uno de los más importantes para el diagnóstico diferencial clínicamente.

Actitud viciosa en adducción: consecuencia de lo dicho anteriormente; en enfermos sin tratamiento, se llega siempre, habiendo sido observado por HACKENBROCH, nosotros y otros autores.

El dolor, provocado por medio de la percusión sobre el trocante, es muy discreto en los primeros tiempos, aumentando, desde luego, en el período de estado, pero sin llegar nunca a la intensidad dolorosa de la coxalgia. La reacción de más valor es el dolor provocado por la abducción más o menos forzada y es, a nuestro entender, uno de los síntomas más fieles; le sigue, en importancia, la limitación dolorosa de la rotación externa; por oposición, toda movilidad, tanto en el sentido de la flexión como de la adducción, es indolora.

Diagnóstico diferencial: Después de conocer exactamente los síntomas descritos, no es fácil la confusión clínica, si bien hay que distinguirla de varias entidades muy similares en sus comienzos. En el período inicial hay que excluir toda manifestación reumática por medio de la medicación salicilica; si no obedece el tratamiento específico, hay que pensar ya seriamente en alguna lesión que haya alterado la integridad articular, y la diferenciación hay que hacerla particularmente con dos entidades: la coxalgia y la coxa-vara. En la coxitis tuberculosa el dolor es ya de un principio más intenso y no desaparece con tanta facilidad; además, presenta el dolor provocado tanto a la percusión como a la movilidad forzada, en particular a la flexión; aparece la contractura muscular en poco tiempo, dando las

actitudes clásicas de rotación externa, abducción y flexión, en el primer período. Resumiendo, la coxalgia presenta, generalmente, un comienzo más apartado con sintomatología propia de una artritis, por oposición a nuestra enfermedad de comienzo en extremo insidioso; la claudicación es también mucho mayor en la coxitis y la atrofia muscular, en particular, de los músculos anteriores, es mucho más notoria; la adenitis inguinal, es frecuente, no presentándose nunca en la ósteocondritis.

La coxa-vara dolorosa de los adolescentes, también merece su diferenciación: el dolor es muy insidioso al igual que en la ósteocondritis, sin reacción local manifiesta y, por tanto, la claudicación es poco notoria en sus comienzos, pero en cambio va acompañada de ciertos síntomas objetivos que le dan una máxima diferenciación: el principal de ellos, es la elevación del trocánter que, al producir un acortamiento entre los puntos de inserción de los músculos pelvi-trocantéreos, da lugar a la aparición del fenómeno de Trendelenbourg al igual que la ósteocondritis, como quedó explicado al hablar de la sintomatología. Pero la correlación de la elevación del trocánter, junto con el síntoma de Trendelenbourg, es un valioso dato de diagnóstico siempre que no haya traspasado el período de estado, pues, veremos luego en la radiografía de la ósteocondritis, como en el período de regresión hay una verdadera atrofia de toda la cabeza, que obliga a la ascensión mecánica del trocánter, dando lugar a un verdadero, aunque muy limitado, acortamiento ideal del miembro.

En la coxa-vara existe siempre rotación externa, por oposición a la ósteocondritis, que da lugar a la rotación interna.

El dolor inicial, la limitación de la abducción y la flexión libre, son iguales en las dos entidades, de modo que en aquellos casos sólo la radiografía nos dará, con certeza, el diagnóstico exacto. La adenitis inguinal falta en las dos, al contrario de la coxitis, y la atrofia muscular es también limitada.

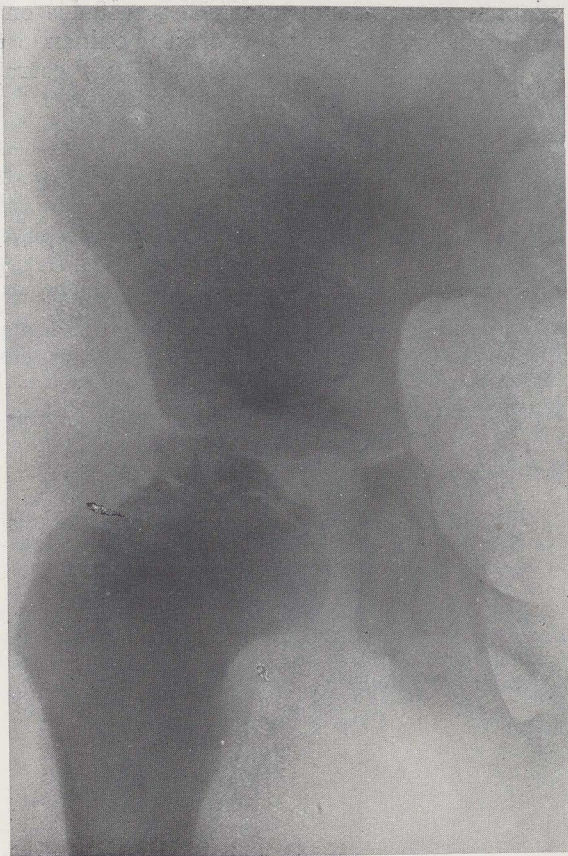
Resumiremos lo dicho en los siguientes esquemas, basados sólo en la diferenciación clínica:

Osteocondritis	}	<ul style="list-style-type: none"> Flexión libre. Abducción dolorosa. Ligera rotación interna. Percusión indolora. Apirética. Carencia de ganglios inguinales. Fenómeno de TRENDLENBOURG. Atrofia muscular. Contractura en adducción (sin flexión). Acortamiento aparente.
Coxitis	}	<ul style="list-style-type: none"> Flexión y extensión dolorosa. Abducción libre en el período inicial. Tendencia a la rotación externa. Percusión sobre el trocánter dolorosa. Febrícula. Ganglios inguinales. Fenómeno de TRENDLENBOURG, inconstante, pero muy doloroso. Contractura en abducción, flexión y rotación externa (en la primera fase). Alargamiento aparente (id.).

Coxa-vara dolorosa de la adolescencia.

- Flexión y rotación interna libres.
- Abducción dolorosa.
- Percusión sobre el trocánter dolorosa.
- Fenómeno de TRENDELENBOURG.
- Elevación del trocánter.
- Contractura en adducción y rotación externa.
- Acortamiento aparente.

En el estudio de la coxa-vara, nos hemos referido sólo a la forma lenta y dolorosa de evolución crónica de la adolescencia, con exclusión de las formas puramente de raquitismo primario de la infancia y de las coxa-vara traumáticas capitales (1).



Período de estado



Período de regresión

El diagnóstico, con las otras entidades, es mucho más fácil por la violencia de sus manifestaciones: particularmente no hay confusión posible con la ósteocondritis y las artritis infecciosas de evolución rápida conduciendo a luxaciones patológicas y anquilosis precoces, de un modo especial, en la gonococia.

Muchos de los trastornos articulares, considerados hasta hace pocos años como «dolores de crecimiento», no serían más que ósteocondritis o coxa-varas ignoradas.

(1) «El desprendimiento epifisario de la cabeza femoral». M. SOLER TEROL. ARS MEDICA, 1927.

Con la luxación congénita tampoco es fácil la confusión: el encontrar la cabeza del fémur por fuera de los vasos femorales, nos aclara las dudas; lo que sí merece atención es la asociación de la subluxación congénita de la cadera con la aparición de la ósteocondritis, lo mismo que la frecuencia de ésta en caderas primitivamente repuestas, como ya hemos hecho mención al principio.

Pronóstico: Depende del tiempo en que se haya instituido el tratamiento: en casos diagnosticados durante los primeros meses, la afección es benigna, citando la aparición de las actitudes viciosas. Una

vez se han presentado éstos, el pronóstico varía, estando su gravedad en razón directa del grado de adducción, ya que ésta va aparejada con el grado de deformidad de la cabeza femoral. De todos modos, su evolución nunca presenta los caracteres de gravedad de la coxalgia y, pasados unos dos años, han desaparecido ya casi todos los dolores, quedando sólo la claudicación dependiente de las actitudes viciosas descritas. Al igual que otras muchas afecciones, de evolución progresiva, lo importante es el diagnóstico precoz, ya que hecho éste, puede aplicarse la terapéutica necesaria y lo más activa posible.

Radiografía: Su estudio es, por demás, interesante, aunque generalmente sólo podemos hacernos

capaces de ella en un período de estado y en el de regresión. Siendo, como hemos dicho, una entidad de desarrollo tan insidioso, se presentan estos enfermos siempre ya pasado el período inicial, por lo que el conocimiento radiográfico en este período está todavía en estudio, estando sólo basado en escasísimos casos, cuya evolución ulterior ha confirmado o rectificado el diagnóstico.

Son, pues, tras muchos meses de evolución, cuando vemos la radiografía con evidentes síntomas.

La decalcificación ósea que en los comienzos se presenta, no es bastante para orientar un diagnóstico entero, ya que se presenta en otras entidades, particularmente en la coxalgia; además, la separación articular que, como veremos, es uno de los signos característicos de la osteocondritis, se presenta también no sólo en la coxitis, sino en todo proceso flogístico articular. Sólo la reunión de todos los datos radiográficos nos orientará con seguridad, ya ya que los datos iniciales aislados no son patognómicos de por sí de nuestra afección.

Tres son, con toda certeza, los datos de la imagen radiográfica: la separación del espacio articular, el ensanchamiento del cuello y la fragmentación subcondral de la cabeza del fémur. El primer dato, no sólo es debido al proceso inflamatorio capsular en sí, como hemos dicho antes, sino que es debido mayormente al aplanamiento o reabsorción de la epífisis femoral; ésta en lugar de tener la forma de casquete o media luna, como vulgarmente se le ha comparado, se halla reducida a un disco más o menos ancho, según el período de la artritis, llegando en el período de estado a un espesor insignificante acompañado, además, de una fragmentación en dos o más porciones. Conjuntamente se presenta la rápida evolución del cuello dando un espesor por demás exagerado comparado con el lado sano, acompañado muchas veces de formaciones pseudo-periósticas, que

le dan una cierta similitud radiográfica con la osteítis fibrosa perióstica.

A continuación presentamos dos radiografías de un enfermo, cuyo cuadro clínico ha inspirado este trabajo:

En la primera, vemos nuestro enfermo en el período de estado con toda su sintomatología descrita en su apogeo; aparece muy claramente la flogosis articular con una separación muy notable, que desaparece en el período de regresión. El aplanamiento de la cabeza, su fragmentación y el aumento de diámetro transversal del cuello, son evidentes.

Diagnostiquemos pronto estos enfermos, distingámoslos en seguida de la coxalgia y de la coxa-vara y obtendremos siempre buenos resultados en su terapéutica, que ha de ser enérgica, cuidando de una rigurosa inmovilización y de evitar y corregir las actitudes viciosas que lleva aparejadas.

RESUME

La nature et la cause de l'ostéochondrite infantile de la hanche ne sont pas encore connues, quoique dans quelques cas on constaté que l'ostéochondrite a un rapport de dépendance avec la luxation congénitale de la hanche.

Le succès dans cette sorte d'affections dépend du diagnostic précoce et d'un traitement énergique. Il faut immobiliser rigoureusement, et éviter et corriger les attitudes vicieuses que la lésion porte appareillées.

SUMMARY

The nature and cause of the infantile osteochondritis of the hip are not well known yet, although in some cases it has been ascertained that it bears a relationship with the congenital luxation of the hip.

The success in this kind of affections depends upon the early diagnosis and upon an energetic treatment rigorously immobilizing, avoiding and correcting viciated attitudes entailed by the lesion.