

ORTOPEDIA

**EPIFISIOLISTESIS DE CADERA
EN UNA ADOLESCENTE
DE 13 AÑOS
(Caso Clínico)**

Alexis Alvarado Brown*

SUMMARY

There are a great variety of orthopaedic diseases that might affect children and teenagers in their growing years. Defects in the epiphyseal growth is one of them. The epiphysis is where the bone grows in length. That is why problems at this site may cause long lasting sequels to the joint. Adolescent coxa vara is an illness that affects the growing cartilage at the upper femoral epiphysis. The residual deformity that it produces has several and important complications such as avascular necrosis, chondrolysis and degenerative osteoarthritis. The prognosis of adolescent coxa vara depends on the time between the beginning

of it and the time of treatment instauration, understandably an early diagnosis is essential. This article reviews a case in which a patient with slipped upper femoral epiphysis initially complains of knee pain secondary to trauma according to her and her mother. This specific case reminds physicians of the importance of suspecting hip affection with knee pain as a symptom.

CASO

Se trata de una paciente femenina de 12 años de edad, conocida sana, con sobrepeso, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta al EBAIS por dolor

de rodilla derecha de 1 mes de evolución, posterior a trauma. La historia brindada por la niña y su madre es la siguiente: La niña sufrió caída desde su propia altura al tropezar con una silla, lo que le produjo traumas leves en ambas extremidades inferiores, los mismos fueron considerados de poca importancia y la niña no se llevó a valoración médica. Una semana después la paciente inicia con dolor el cual describe como intenso a nivel de rodilla derecha, no asocia inflamación, pero sí leve cojera producto del dolor. Es llevada a la del EBAIS de la localidad. Al examen físico la paciente se encuentra en excelente estado general, afebril, marcha antalgica (cojera). La rodilla no

* Médico Asistente General, Área de Salud de Siquirres.

presenta rubor, calor ni edema, tiene un aspecto normal a la observación en comparación con la rodilla de su otra extremidad, presenta arcos de movilidad completos, no dolor a la flexión ni extensión pasiva o activa, no hay datos de derrame articular, se valora la estabilidad de la rodilla la cual se encuentra integra, bostezo lateral y medial (-), cajón anterior y posterior (-), signo del ténapano (-), McMurray (-). No hay otros datos patológicos al examen físico. Se decide tratar el cuadro con reposo, calor local, y AINES, se cita para revaloración en una semana. Se vuelve a valorar paciente quien persiste con la misma clínica, no presenta mejoría y el examen físico no arroja datos patológicos diferentes a lo encontrado anteriormente. Ante esta situación se decide solicitar valoración por ortopedia. En este servicio se le examina la rodilla derecha la cual se encuentra en las mismas condiciones del examen inicial. Se realiza estudio radiológico de la rodilla derecha el cual no muestra imágenes de fractura, no hay edema de tejidos blandos ni otros hallazgos. Al reexaminar se nota leve rotación externa asociada a limitación a la rotación interna y abducción de la cadera derecha, por último se le ordenan radiografías AP y lateral de ambas caderas la cual muestra deslizamiento hacia abajo y hacia atrás de la epífisis proximal de la

cadera derecha con lo que se hace el diagnóstico de epifisiolisis de cadera derecha.

DISCUSIÓN

Con la historia clínica brindada por la paciente y su madre queda claro que lo primero que se debe descartar es lesión de la rodilla producto de un trauma. Se realizó un examen de la rodilla detallado el cual como se describe, descarta lesión importante a ese nivel. Es fundamental recalcar que en la valoración del dolor de rodilla de causa no clara se debe tener en consideración la patología de cadera ya que muchas veces esa es la manifestación de un proceso patológico.(3). Dentro del diagnóstico diferencial en este caso en particular se pueden incluir las siguientes patologías:

1. **Rodilla:** a) Fractura de patela u otros componentes óseos de la rodilla, b) Lesión ligamentaria a nivel de la rodilla, c) Daño meniscal, d) Artritis séptica de la rodilla.
2. **Cadera:** a) Epifisiolisis de cadera, b) Sinovitis aguda de la cadera, c) Enfermedad de Legg- Perthes.

El principal aliado del médico en el diagnóstico de estas patologías, además del siempre invaluable examen físico, es el estudio radiológico el cual, en este caso en particular arroja datos compatibles de epifisiolisis de cadera.(4) Esta

enfermedad, también conocida como coxa vara adolescente, forma parte de los desordenes del crecimiento epifisiario.(8) Se define como el deslizamiento de la epífisis femoral proximal hacia abajo y posterior en relación al cuello del fémur.

INCIDENCIA

Es una enfermedad de niños y adolescentes frecuentemente entre las edades de 9 años y hasta el final del crecimiento, es mas común en hombres que en mujeres, sin embargo es importante destacar que esta prevalencia ha ido disminuyendo, era del 90% a principios de siglo y actualmente de solo el 60 %. (7). Inicialmente aparece en una de las caderas pero en el 30% de los casos afecta la contra lateral, por lo que es de suma importancia estar vigilante para poder detectar su aparición de forma precoz.(9) De los pacientes que presentan afectación unilateral el 60% es en la Izquierda. Esta patología es mas frecuente en pacientes que muestran algún desbalance endocrino por lo que la incidencia es mayor en adolescentes con crecimiento acelerado y en pacientes obesos tipo Frölich.(9).

ETIOLOGÍA

Las articulaciones del miembro inferior, por ser las que soportan

peso, están sometidas a grandes fuerzas, entre otras fuerzas de cizallamiento, esto es especialmente cierto en el caso de la articulación coxofemoral, lo que explica que ante cualquier factor que debilite la resistencia del cartílago fisiario a este nivel podrá provocar el deslizamiento de la epífisis proximal. En su etiología se han involucrado factores hormonales, metabólicos, vasculares y genéticos. Se le ha dado una especial importancia al hecho de que un desbalance entre hormonas sexuales y del crecimiento podría generar debilitamiento del cartílago fisiario.(3)

CLINICA

La clínica mas comúnmente descrita para este padecimiento es disconfort que se origina a la altura de la cadera pero que es referido a la rodilla. Esta es la razón por la cual muchas veces se examina la rodilla del paciente en reiteradas ocasiones y no se encuentra explicación de la molestia. La clínica del paciente dependerá del estadio en el que se encuentre y el tipo de desplazamiento que este sufra. Se pueden dividir en: a) Predeslizamiento, b) Aguda, c) Crónica, d) Aguda sobre crónica. (6)

a) Predeslizamiento: El paciente manifiesta debilidad de la cintura pélvica, dolor en el muslo y cojera sobretodo

después de caminatas prolongadas. Al examen físico llama la atención la limitación a la rotación interna.

b) Aguda: Se describe como un desplazamiento de la epífisis femoral proximal súbito. Esta clasificación incluye a los pacientes con síntomas menores de tres semanas. Al examen físico se puede encontrar: dolor, cojera, deformidad en rotación externa y acortamiento. Es importante mencionar que muchas veces el evento desencadenante es considerado trivial.

c) Crónica: Las epifisiolistesis crónicas representan cerca del 85% de todos los casos. Clínicamente se manifiesta con dolor en muslo y rodilla con períodos de recaídas. Al examen físico se encuentra cojera, flexión y abducción de la cadera además de la pérdida de la rotación interna.

d) Aguda sobre crónica: Es el paciente que presenta sintomatología crónica y que presenta un evento agudo limitante y aumento súbito en el grado de deslizamiento.

DIAGNÓSTICO

La clínica anteriormente descrita despertara la sospecha y el diagnóstico se hará basado en las imágenes radiológicas.(9). En la epifisiolistesis de cadera se encon-

trarán los siguientes signos: extremidad inferior en rotación externa, limitación a la rotación interna y a la abducción de la cadera, al flexionar pasivamente la cadera el muslo se coloca en rotación externa. Radiográficamente se encontrara en la radiografía AP un desplazamiento medial de la epífisis proximal, de manera que una línea proyectada a lo largo de la parte superior del cuello femoral no interrumpe la epífisis, como normalmente ocurre. Las radiografías laterales suelen confirmar el desplazamiento posterior. (3)

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta patología debe ir enfocado a estabilizar y prevenir un desplazamiento mayor de la epífisis femoral proximal ya que debido a la precaria irrigación que presenta la cabeza femoral se pueden desarrollar las complicaciones de necrosis avascular y condrolisis. En los casos leves y moderados se hace una fijación quirúrgica, si es aguda se hace una reducción primero, y si es grave y crónico el desplazamiento, se hace una osteotomía femoral para realinear el fémur proximalmente.(3)

RESUMEN

Dentro del amplio rango de enfermedades ortopédicas que

pueden afectar a los niños y adolescentes en crecimiento se encuentran las relacionadas con alteraciones a nivel de cartílago fisiario o cartílago de crecimiento que es el lugar en donde el hueso crece longitudinalmente. Por esto se comprende que problemas a ese nivel representen un padecimiento progresivo y con secuelas que pueden perdurar el resto de vida. La epifisiolisis de cadera se refiere específicamente a la afectación del cartílago de crecimiento a nivel de la epífisis proximal del fémur. La deformidad residual que esto provoca puede tener varias complicaciones dentro de las que se cuentan la necrosis avascular, la condrolisis

y la enfermedad degenerativa articular. Esta enfermedad depende mucho para su pronóstico del tiempo que se tarde en tratar la deformidad, es por esto que el diagnóstico precoz es esencial. En este artículo se revisa el caso clínico de una paciente la cual se presenta inicialmente con dolor de rodilla derecha, lo cual muchas veces confunde al médico ya que como cabe esperar se concentra en estudiar lesiones a este nivel olvidando la cadera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta. Jaime et al. Ortopedia y Traumatología. Primera edición. 2003. p 323-327.
2. Brown. David et al. Secretos de la

ortopedia. Segunda edición. 2001. p 253-264.

3. Ivancovich Rodolfo. Ortopedia y traumatología. Primera edición. Editorial Tecnológica de Costa Rica. 2000. p 109-111.
4. Jahss S.A. Displacement of the upper epiphysis of the femur treated by closed reduction. Journal of bone and joint surgery. 2000. p 856-866.
5. Kapandji. A.I. Fisiología articular Vol. 2. Miembro inferior. Quinta edición. 2004. p 253-254.
6. Loder Randall. Slipped capital femoral epiphysis. American family physician. 1998. p 57-67.
7. Lopez Alonso Antonio. Fundamentos de ortopedia y traumatología. Primera edición. 1998. p 238-245.
8. Ramirez V.J et al. Epifisiolisis femoral proximal. Revista Mexicana de ortopedia y trauma. 1998. p 324-327.
9. Salter. R.B. Textbook of disorders and injuries of the musculoskeletal system. Third edition. 1999. p 361-364.