

## Observaciones acerca del deslizamiento de la epífisis superior del fémur \*

Por el Dr. JOSE ANGEL PESCHARD,  
Académico correspondiente en Durango.

Este padecimiento propio de los adolescentes, más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, aparece alrededor de los 12 años. La causa predisponente principal es la insuficiencia hipofisaria, con síndrome de Frolich. En algunos casos se ha encontrado solamente insuficiencia tiroidea. Sin embargo, quizá un número igual de casos no muestran ninguna perturbación endócrina, lo cual ha motivado que dicha causa sea menospreciada por algunos autores (Beckett Howorth). La existencia de focos de infección local es también muy común, y su modo de acción parece ser determinando cierto grado de inflamación articular. El traumatismo es una causa observada muy frecuentemente en los antecedentes de esta enfermedad; pero como en algunos casos no ha sido muy violento, es natural que algunos autores le resten la importancia etiológica.

**Anatomía patológica.**—Las lesiones en las partes blandas son de congestión y edema. El desplazamiento de la epífisis se hace hacia abajo y atrás. Cuando ha pasado algún tiempo del resbalamiento, hay proliferación de tejido fibroso, tendiendo a fijar la epífisis en su nueva posición. En el hueso hay comúnmente signos de rarefacción, la que permite a veces la formación de una coxa vara, quizá debido también al aumento de peso habitual de estos pacientes. Pueden presentarse focos de rarefacción ósea, como en la radiografía adjunta, que pueden hacer pensar en coxalgia.

**Sintomatología.**—Hay una fase prodrómica, de duración variable, pero que no siempre es observada por el médico: a veces porque prontamente se instala el período de estado; pero otras veces porque no es consultado en ese momento. Se presenta generalmente un adolescente ordinariamente obeso y con frecuencia afectado del síndrome de Frolich. Con motivo de un trauma-

---

\* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 12 de enero de 1944.

tismo en ocasiones, y otras veces después de haber sufrido una amigdalitis, ha comenzado a sentir molestias en algunas de sus articulaciones, principalmente de las extremidades inferiores. Ha habido ocasiones en que el dolor predomina en una o ambas rodillas antes de aparecer en la cadera. El dolor es principalmente diurno y se exagera por la actividad física y más aún con ejercicios violentos, y cesa con el reposo.

Se observa, además, moderada contractura muscular en el muslo, y a veces aun en la pierna; hallándose cierta limitación en todos los movimientos de la articulación. Todo esto incapacita al enfermo para actividades físicas fuertes, manifestándose, por el contrario, una gran tendencia a la fatiga. Es habitual que la marcha sea claudicante.

Es común que haya ligera reacción febril, leucocitosis de 10 a 15,000 y aumento en la sedimentación globular.

En esta fase se puede observar a veces cierto ensanchamiento irregular de la línea de unión epifisaria. Se dice que se puede observar la inflamación de la cápsula. También se comprueba cierto grado de descalcificación en el cuello.

La fase siguiente es la de estado, es decir, cuando ya se produce el resbalamiento; pero este paso no es inevitable. Es frecuente que el reposo en la primera fase, acompañado del tratamiento médico de que se hablará después, pueda producir desde luego la curación.

**Fase de estado.**—A veces sobreviene repentinamente, y es común que sea consecuencia de un nuevo traumatismo, o bien hace su aparición progresivamente.

De un modo u otro, los síntomas de la fase anterior se exageran. El dolor es cada vez más intenso, la claudicación aumenta y llega un momento en que la marcha apenas es posible con muletas, o no es posible del todo. La contractura muscular es mayor cada vez, y llega en ocasiones a determinar actitudes viciosas que hacen pensar en la coxalgia.

Los síntomas generales también sufren aumento.

Se dice que las pruebas serológicas de la sífilis, así como la de la tuberculina, son constantemente negativas. Sin embargo, en el último caso observado por mí esas pruebas hechas en una ciudad vecina dieron resultado positivo.

Lo que aclara definitivamente el diagnóstico es el examen radiológico, que señala claramente el desalojamiento de la epífisis, y su colocación en una posición inferior y posterior de su situación normal. Además, pueden advertirse en el cuello signos de descalcificación general y en focos.

En ocasiones puede observarse ya en ese momento una disminución del ángulo que forma el cuello con la diáfisis femoral (coxa vara), que cuando aparece en esta fase debe atribuirse por una parte al reblandecimiento del cuello femoral, y por otra, al aumento de peso que está soportando.

Esta fase de estado evoluciona diferentemente según se haga o no un tratamiento adecuado; pero en ocasiones ni aun así puede obtenerse una curación perfecta. Después de algún tiempo de reposo los síntomas inflamatorios van cediendo poco a poco, el dolor es menor, disminuye algo la contractura, etc.

El examen radiológico indica que la epífisis va fijándose al cuello en posición correcta, si el tratamiento ha sido adecuado; en caso contrario es común que quede en la posición de resbamiento, es decir, abajo y atrás de su situación normal. La línea de unión epifisaria se regulariza reduciéndose a su anchura normal. Posteriormente hay cierta proliferación de tejido óseo del cuello que tiende a llenar el ángulo formado por la epífisis resbalada y el cuello, siendo este proceso capaz por sí, de producir una coxa vara.

La epífisis, sea que haya quedado desalojada, sea que haya vuelto a su lugar normal, puede o bien conservar su vitalidad normal y al llegar a la edad normal (16 a 18 años), soldarse definitivamente al cuello del fémur; o bien puede sufrir trastornos tróficos que conduzcan a la osteocondritis deformante juvenil (Perthes), siendo de hacer notar que hay cierta discrepancia de opiniones en lo que respecta a la causa de esta complicación, aun cuando es comprensible simplemente por la alteración que han sufrido los medios de nutrición de la epífisis. El hecho es que los cirujanos la atribuyen a las maniobras mecánicas, a veces algo violentas, que suelen usarse para volver la epífisis a su lugar normal; mientras que los que no son partidarios de la intervención quirúrgica acusan a ésta por el uso de clavos o aun de injertos óseos, de determinar así dicha necrosis aséptica parcial.

Se puede considerar una fase final en la que se observan las secuelas propiamente de este padecimiento. Después de algunos meses, o años en ocasiones; y también en ciertos casos después de haberse presentado una o varias recidivas del resbalamiento, ha quedado enteramente soldada la epifisis. Muchas veces hay restitutio ad integrum, pero puede quedar, sea simplemente la coxa vara con sus perturbaciones de la marcha propias, sea alteraciones artríticas que nacidas de la cabeza femoral, pueden invadir posteriormente la cotiloide produciendo más tarde trastornos serios en la marcha.

**Diagnóstico.**—Es sumamente importante hacer con la mayor oportunidad el diagnóstico de este padecimiento, pues de ello depende la posibilidad de obtener una curación satisfactoria. Por ejemplo: las radiografías adjuntas pertenecen a un adolescente de catorce años afectado de un síndrome de Frolich absolutamente evidente, que fué examinado en período de estado en una clínica de una ciudad vecina, y habiendo resultado sus reacciones de Wassermann y similares positivas, así como la de la tuberculina, fué diagnosticado de coxalgia en terreno heredosifilítico y estuvo a punto de sufrir la resección de la articulación enferma. Por métodos absolutamente conservadores pudo obtenerse una curación bastante satisfactoria como se puede juzgar por la radiografía no. 2, siendo los resultados funcionales perfectos.

En la fase prodrómica es muy importante la consideración del terreno, aunque hay que tener en cuenta que, según algunos autores, hay hasta un 50 por ciento de casos que no presentan trastornos endócrinos. Sin embargo, si es un niño afectado del síndrome de Frolich que presenta trastornos dolorosos en la cadera consecutivos sea a traumatismo, sea a alguna infección focal, amerita un estudio radiológico que permitirá hacer el diagnóstico con más o menos precisión. Los elementos para hacerlo en ese momento son el ensanchamiento y las irregularidades de la línea de unión epifisaria. Esto permitirá hacer un diagnóstico de presunción más o menos firme, y evitar la progresión del padecimiento con un tratamiento adecuado.

En el período de estado los síntomas pueden hacer pensar en una artritis aguda o sub-aguda cuando los antecedentes y los síntomas infecciosos predominan, en artritis traumática cuando

la violencia física es el antecedente más claro, y por último hasta en coxalgia, como ya lo hemos dicho: el dolor, la actitud viciosa, las contracturas, la reacción febril moderada sugieren dicho diagnóstico y solamente la radiografía permite hacer la diferenciación al comprobarse el desplazamiento de la epífisis.

En la etapa de las secuelas, cuando la observación del enfermo se hace mucho tiempo después del principio del padecimiento, muchas veces no podrá hacerse ya un diagnóstico completo, y sólo se podrá comprobar la existencia de una coxa vara, de una osteocondritis deformante o de una artritis crónica.

**Tratamiento.**—Debe ser tomado en cuenta en relación con cada una de las fases de este padecimiento. Hay que hacer notar que no hay un acuerdo unánime, ni entre los mismos autores americanos, en cada una de las etapas. Desde luego, aunque en algunos trabajos no se hace referencia al tratamiento general, me parece indudable que no es porque no sea atendido debidamente, sino porque sólo consideren este problema en el punto de vista del tratamiento de la articulación misma. Sin embargo, hay que comenzar el tratamiento de este padecimiento por considerar lo más adecuado para normalizar absolutamente el terreno. Es indudable que en esta parte es muy necesaria la colaboración del endocrinólogo, pero cuando no es esto posible, hay que tratar de todas maneras de corregir las deficiencias hormonales. En los casos observados por mí, el uso de la hormona gonadotropa de la hipófisis, de la testosterona y de diversos extractos tiroideos, ha sido un tratamiento de base utilísimo. La aplicación de sales de calcio, preferentemente inyectadas, también es de una gran ayuda. En la alimentación parece conveniente una disminución de los hidrocarburos y de las grasas para facilitar la disminución del peso. Los americanos acostumbran además la remoción de amígdalas y adenoides si hay focos de infección. Desde luego el reposo tiene que ser instituido, sea cual fuere la variedad de tratamiento que se aplique a la articulación enferma.

En lo que respecta al tratamiento de esta última, comienzan las diferencias de opinión desde la primera fase. Aunque la opinión es favorable al reposo en esta etapa, permitiendo aun la marcha con el uso de muletas para evitar presión sobre la epífisis, hay cirujanos como Beckett Howorth que aconsejan desde luego

la intervención quirúrgica. Sus razones son: que el tratamiento por el reposo requiere muchos meses en la cama, y que no es enteramente seguro, es decir, que ha tenido pacientes que cuando habían sido ya considerados como curados, al permitírseles los primeros movimientos sufrieron el desalojamiento de la epífisis. El ha curado un buen número de casos, casi sin fracasos, practicando injertos de fragmentos delgados de ilion implantados en perforaciones hechas al través del cuello hasta la epífisis. En los casos raros que hubo reabsorción del injerto sin curación, pudo obtener éxito repitiendo la operación. El mismo acepta, sin embargo, que el tratamiento por el reposo puede dar resultados semejantes, sólo que son mucho más tardados.

Al tratamiento de la fase de estado han sido también aplicados varios métodos. Se ve desde luego que hay necesidad de volver la epífisis a su situación normal, lo cual se obtiene, sea por maniobras externas a veces algo violentas llevando la extremidad en abducción y rotación interna. Al parecer no es satisfactorio este sistema, ya que se han presentado fenómenos tróficos con relativa frecuencia, y los resultados funcionales no son aceptables. Se ha hecho la reducción usando una tracción fuerte (hasta obtener la reducción), seguida de inmovilización en yeso. Tampoco han sido buenos los resultados, presentándose también los trastornos tróficos y quedando defectuoso el funcionamiento articular. Se ha hecho también la reducción por métodos quirúrgicos abiertos, seguida de fijación por clavo ordinario o de Smith Petersen, o simplemente con inmovilización en yeso. Esto último ha dado también resultados muy deficientes, y parece ser que es preferible la reducción abierta con fijación interna seguida de movilización precoz.

En tres casos que yo he observado, además del tratamiento general ya descrito al principio, los he sometido al reposo en la cama, y la reducción la he obtenido y sostenido por tracción gradual mediante aparato de Tillaux, vigilada frecuentemente por los rayos X y sostenida por un plazo de dos a cuatro meses. Comparando la radiografía no. 2 con la no. 1, correspondientes a mi último caso, se puede apreciar lo satisfactorio de la curación obtenida. Están tomadas con seis meses de intervalo y al tomar la segunda, el paciente podía andar aprisa, correr algo y andar

con facilidad en bicicleta. Este resultado ha sido sostenido por año y medio más, a pesar de que el enfermo ha abandonado todo tratamiento, y como no modera su alimentación, su peso pasa de 90 kilos.

Los dos casos anteriores también curaron, no conservando desgraciadamente las radiografías de ellos.

**Tratamiento de las secuelas.**—Cuando el paciente se presenta muchos años después de haber sufrido el resbalamiento, con la cabeza enteramente soldada, necesita indudablemente una intervención quirúrgica. Habrá que determinar cuál será el procedimiento más adecuado en ese caso.

Cuando se piense que quizá no esté completamente soldada la epífisis podrá intentarse la reducción abierta con fijación. Cuando la osificación es total habrá que recurrir a las osteotomías para corregir la situación de la cabeza si causa grandes molestias, osteotomías sea subtrocantéricas, o aun cervicales, según los casos. En los enfermos con fenómenos predominantes de artritis podrá necesitarse acetabuloplastías o aun artrodesis.

### R e s u m e n

Es conveniente hacer oportunamente el diagnóstico de este padecimiento, pues esto le da al paciente mayores probabilidades de curación.

No hay un acuerdo en los sistemas de tratamiento, pero los americanos prefieren la cirugía, a veces aun en la fase inicial.

Yo he obtenido resultados satisfactorios por métodos conservadores, añadiendo a un tratamiento general cuidadoso el reposo en la cama y una extensión continua sostenida por un lapso de tiempo de dos a cuatro meses.

En la fase residual, solamente la cirugía puede corregir las deformaciones resultantes.