

## PRESENTACION DE UN CASO

### Epifisiolisis de cadera

### Epiphysiolisis of the Hip

**Autores:** Dr. Eraclio Delgado Rifá\*, Dr. Hector Díaz Carrillo\*\*, Dr. Yulay Hernandez Rojas\*\*\*

\* Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de La Serna”, Las Tunas.

\*\* Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de La Serna”, Las Tunas.

\*\*\* Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de La Serna”, Las Tunas.

### Correspondencia a:

Dr. Eraclio Delgado Rifá

E-mail: [eraclio@ltu.sld.cu](mailto:eraclio@ltu.sld.cu)

### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 14 años de edad, que fue atendido en la República Bolivariana de Venezuela, con historia de dolor referido a nivel de la cara anterior del muslo y rodilla derecha, que se aliviaba con el reposo y se intensificaba con las actividades físicas. Evolucionó posteriormente con cojera, impotencia funcional y limitación para sus actividades habituales. En el examen físico tenía sobrepeso y trastornos endocrinos asociados, una actitud en abducción, flexión y rotación externa del miembro, con acortamiento, limitación funcional marcada de los movimientos articulares y signo de Trendelenburg positivo. En la exploración radiológica se observó un deslizamiento de la epífisis femoral superior de la cadera derecha respecto al cartílago de crecimiento, planteándose el diagnóstico de una Epifisiolisis de cadera, tratándose quirúrgicamente

mediante la técnica de fijación in situ con osteosíntesis percutánea, presentando una evolución satisfactoria.

**Palabras clave:** EPIFISIOLISIS; DESPLAZAMIENTO DE LA EPÍFISIS FEMORAL SUPERIOR.

**Descriptores:** ARTICULACIÓN DE LA CADERA; EPÍFISIS DESPRENDIDA DE CABEZA FEMORAL.

## **SUMMARY**

This is a case report of a 14-year-old male patient assisted for a clinical history of pain referred to the level of the anterior part of the thigh and the knee joint, alleviating at rest and worsening with physical activities. The patient developed limp, functional impotence and limitation for his everyday activities. On physical examination, he showed overweight, endocrine disorders, abduction, flexion and external rotation attitude, with shortening and severe functional limitation of the articulation movements and positive Trendelenburg sign. The right hip radiological examination showed a superior femoral epiphysis sliding at the level of the growth cartilage, for a diagnosis of a hip epiphysiolisis; the surgical treatment, by means of in situ percutaneous fixation of the epiphysis, permitted to bring about a satisfactory progress.

**Key words:** EPIPHYSIOLISIS; SLIPPED CAPITAL FEMORAL EPIPHYSIS.

**Descriptors:** HIP JOINT; SLIPPED CAPITAL FEMORAL EPIPHYSES.

## **INTRODUCCION**

La epifisiolisis de cadera es un deslizamiento de la cabeza femoral respecto al cartílago de crecimiento cervicocefálico. Esta enfermedad es característica de los niños mayores, preadolescentes entre los 9 y 15 años de edad y se produce por fuerzas de cizallamiento que afectan la capa más débil de la fisis, permitiendo así que ocurra el deslizamiento, que puede presentarse en forma súbita o lenta, lo que determinará, a su vez, la intensidad y el tiempo de evolución de las principales manifestaciones clínicas de esta afección, como dolor referido en la cara anterior de muslo, rodilla y/o cadera, cojera y disminución de los rangos de movilidad articular, especialmente los movimientos rotatorios. (1, 2, 3)

El tratamiento de esta afección, al ser diagnosticada, consiste en impedir que continúe el deslizamiento progresivo y en prevenir que se produzca de forma súbita un deslizamiento con un gran desplazamiento, cuyo principal riesgo es la necrosis de la cabeza femoral. (3, 4, 5,6) El criterio del tratamiento en casos de bilateralidad no es uniforme. No obstante, sí están claros los criterios de indicación del enclavijamiento profiláctico epifisario (7) y son los casos con hallazgos clínicos y radiográficos bilaterales desde la primera presentación y cuya frecuencia se estima alrededor del 10% de los casos. Otra indicación sería la epifisiolisis en un paciente con alteraciones endocrinas detectadas, por el alto porcentaje de bilateralidad que se produce en los mismos. El enclavijamiento profiláctico sistemático es apoyado por algunos autores, (7,8) basándose en el hecho de que en revisiones tardías se han encontrado signos de deslizamiento, hasta en el 61% de los casos. Otros únicamente recomiendan la observación periódica hasta el final del crecimiento y la recomendación a los familiares de que ante la aparición de síntomas de alarma, obligarían a una adecuada revisión clínica y radiográfica. (8)

Por ser una afección osteoarticular de la adolescencia poco frecuente, cuyo diagnóstico tardío puede originar un mayor desplazamiento, con secuelas articulares graves y discapacidad importante, se ha querido, con la publicación de este caso, llamar la atención en el diagnóstico diferencial de la coxalgia y la claudicación en el niño en esta etapa de la vida.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Adolescente masculino, P. M. de 14 años de edad, que hace más o menos 6 meses comenzó con dolor en la rodilla y cara anterior del muslo derecho, que se aliviaba con analgésicos y reposo. El dolor se mantuvo de forma recurrente, con cojera, fundamentalmente cuando tenía actividades físicas intensas, ganando en intensidad y consiguiendo poco alivio con medicamentos. Este niño, según refiere la madre, pudo asistir solo en una ocasión al médico en su etapa inicial, por vivir en un lugar intrincado del estado Falcón de la República Bolivariana de Venezuela y no tener recursos para llevarlo nuevamente. Esta primera vez fue interpretado como un dolor del crecimiento. Posteriormente, al ser visitado por una Doctora cubana de la misión Barrio Adentro, fue remitido a la consulta de Ortopedia del centro de Diagnóstico Integral "Pedro Medina Fuguet"

de la comunidad del Tocuyo de la Costa, donde se encontraban los médicos cubanos. Al llegar, ya el niño refería limitación para sus actividades diarias y escolares.

Al examen físico general, se detectó que se trataba de un paciente con sobrepeso y con un hipodesarrollo de sus genitales, dato que la madre ya nos había comentado en el interrogatorio. En el examen físico del SOMA se observó una actitud en rotación externa, semiflexión y abducción del miembro afecto (**figura 1**), con acortamiento del mismo, limitación importante para los movimientos de hiperextensión, abducción y rotación interna de la cadera derecha y signo de trendelenburg positivo.

Se realizó una vista radiográfica anteroposterior de ambas caderas (**figura 2**), en las que se observaba un desplazamiento de la epífisis femoral superior de la cadera derecha con relación a la metáfisis, con discreta disminución de la altura de la epífisis femoral contralateral, lo que suponía una tendencia al desplazamiento de la epífisis femoral de la cadera izquierda. Este caso fue operado por la misión médica cubana, en el centro de Diagnóstico Integral de Mariara en el estado Carabobo, donde se realizó fijación percutánea en la cadera derecha y fijación profiláctica, también por vía percutánea en la cadera izquierda, evolucionando satisfactoriamente después de una adecuada rehabilitación.

**FIGURA 1. La posición del miembro en flexión, abducción y rotación externa**



**FIGURA 2. Radiografías que muestran el desplazamiento epifisario en la cadera derecha con tendencia al desplazamiento bilateral**



## DISCUSION

La epifisiolisis de la cabeza femoral se describe como el desplazamiento posterior de la epífisis (cabeza femoral), respecto a la metáfisis (cuello) a través de la fisis. El término es controvertido para algunos autores, (3, 7, 9) quienes consideran que es la metáfisis la que se desplaza en dirección anterosuperior, mientras que la epífisis no se mueve y mantiene su posición respecto al acetábulo. Si bien no se han podido encontrar anomalías específicas endocrinas que sean comunes a todos los pacientes afectados de epifisiolisis, existen numerosas publicaciones en las que se asocia esta enfermedad con anomalías endocrinas, tales como hipotiroidismo, hipogonadismo (como en el caso nuestro) y tratamientos con hormona de crecimiento. (3, 7,10) Otros autores plantean que el hecho de ser pacientes con sobrepeso en una proporción importante de casos como el nuestro, y no estar proporcionalmente aumentado el diámetro de dicha fisis, puede hacer que la resistencia ante fuerzas de cizallamiento esté en los límites del fracaso, pues únicamente el sobrepeso puede disminuir su resistencia en más de un 20%. (9,10)

La *hipótesis mecánica* para explicar la evolución que sigue esta enfermedad ha llegado a ser atractiva para varios autores. (3, 9,10) Recientemente se han valorado ciertas anomalías anatómicas de la extremidad superior femoral, que podrían aumentar las fuerzas de cizallamiento a nivel fisario. Ghormley y Fairchild, (10) en 1940, ya mencionaron que el aumento en la oblicuidad fisaria a esta edad de la adolescencia podría ser un factor que contribuyera al desarrollo de esta enfermedad. Las desviaciones de solamente algunos grados en el plano coronal, disminuirían la resistencia fisaria en un 15% y también anomalías en el plano sagital, tales como la retroversión de caderas, con solamente 10° de disminución en la anteversión, puede bajar la resistencia de la fisis ante fuerzas de cizallamiento, hasta en un 20%. Todos estos hechos hacen pensar que en la articulación de la cadera se dan las condiciones anatómicas idóneas, para que sobre un cartílago de crecimiento en los límites de resistencia ante fuerzas de cizallamiento normalmente originadas y debilitada por la acción de otros factores en algunos pacientes, las sutiles variaciones anatómicas, unidas al sobrepeso y a la lógica actividad física desarrollada a estas edades, sean motivos suficientes para ocasionar el fallo en dicha estructura y comenzar el deslizamiento y originar la deformidad que la caracteriza.

La epifisiolisis de cadera, aunque, por suerte, no es una enfermedad muy frecuente, sigue siendo una de las afecciones de la cadera del adolescente, que más contribuye al desencadenamiento de la degeneración artrósica de esta articulación y cuya dificultad reside en poder realizar un diagnóstico precoz. El diagnóstico clínico debe ser la piedra angular en los resultados a alcanzar y en un pronóstico favorable de la enfermedad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain* 1991; 46: 247-264.
2. Clarke HJ, Wilkinson JA. Surgical treatment for severe slipping of the upper femoral epiphysis. *J Bone Joint Surg* 1990; 72B: 854-8
3. J. Gascó, M. J. Sangüesa, M. Castejón. Actualización Epifisiolisis de cadera. *Rev Esp Cir Ostoart*; 1994; 29: 93-110.
4. Loder RT, Nechleba J, Sanders JO, Doyle P. Idiopathic slipped capital femoral epiphysis in Amish children. *J bone joint surg* 2005; 87-A: 543-49.
5. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación. *Arch. Argent. Pediatr.* Vol.104, no 3. Buenos Aires; may/jun 2006.
6. D. Mifsut Miedes, E. Franco Peris, M. Turowicz. Artroplastia de superficie en coxartrosis secundaria a epifisiolisis de cadera. Detalle técnico. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular.* No. 237, vol. 44; enero/marzo 2009.
7. P. Souchet, C. Pierron, G. F. Pennecot, K. Mazda. Tratamiento de las epifisiólisis femorales superiores. *EMC Técnicas quirúrgicas ortopedia y traumatología.* 2010; 2(2): 1-11.
8. Kuzyk PR, Kim YJ, Millis MB. Surgical management of healed slipped capital femoral epiphysis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011; Nov 19(11): 667-77.
9. Skelley NW, Papp DF, Leu D, Sargent MC. Three cases of slipped capital femoral epiphysis in one family. *Orthopedics,* 2011; Aug 8; 34(8): 408-12
10. S. Martínez Álvarez, C. Martínez González, C. Miranda Gorozarri, J. C. Abril, T. Epeldegui. Slipped capital femoral epiphysis. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)* Nov/Dec 2012; 56( 6): 506-514.