

EPIFISIOLISIS DE CADERA

Autora:

Dra. Graciela Giachero M.P.N° 11.510/2

Esp. en Cirugía Traumatológica y Ortopédica M.P.N° 3155

Ex Jefa de Servicio de Traumatología Infantil en Hospital Infantil Municipal

Medica de Familia – ITC Instituto traumatológico de Córdoba

1. Definición

La epifisiolisis superior femoral, coxa vara del adolescente ó slipped capital femoral epiphysis de los anglosajones, es una afección propia de la cadera en un niño mayor o adolescente. Se caracteriza por el deslizamiento de la epísis femoral superior ó cabeza femoral sobre su metáfisis.

Incidencia y prevalencia

La incidencia de la epifisiolisis registrada en estudios multicéntricos mundiales es de aproximadamente 2/100.000 en algunos países para ser de casi 10/100.000 en EEUU.

Predominio del sexo masculino 58,8% sobre el femenino 42.2%.

La edad media de aparición es 12 años en las niñas y 13,6 años en los varones.

Es unilateral en el 77% de los casos. En los casos bilaterales en el 61% el cuadro aparece en forma casi simultánea con una diferencia término medio de 18 meses entre la afección de una y otra cadera.

El peso corporal suele estar aumentado entre 63% de los casos a veces hasta 80% de la media normal.

Una entidad desapercibida en atención primaria.

Clasificación

- ☐ Epifisiolisis femoral superior crónica
- ☐ Epifisiolisis femoral superior aguda
- ☐ Agudización de una epifisiolisis crónica

Etiología

Se han propuesto diversas teorías, pero parece apropiado pensar en la confluencia de varios factores:

Factores hormonales y alimenticios: es frecuente el tipo “adiposo genital” en los niños afectados. Se ha demostrado en los niños estudiados frecuentemente niveles insuficientes de testosterona y de hormona de crecimiento.

Factores Metabólicos: Es una complicación frecuente en los pacientes con insuficiencia renal.

Factores Mecánicos: las fuerzas de torsión parecen jugar un papel importa



2. Cuadro Clínico

Epifisiolisis femoral superior crónica

En la forma crónica la sintomatología tiene más de tres semanas de evolución. Trata de un adolescente de doce o trece años, generalmente con sobrepeso, que acusa coger, con dolor inguinal. A veces el dolor no se manifiesta en la región de la cadera pero si en la cara anterior del muslo y la rodilla (cruralgia refleja). *Toda vez que sea poco clara una gonalgia, pensar que la que puede estar enferma es la cadera.* La posición del miembro afectado al caminar es con un aumento de la rotación externa (el pie hacia fuera).

Al examen físico de la cadera encontraremos una limitación de la rotación interna, aumento de la rotación externa. Con la evolución del proceso habrá una limitación de la abducción y puede encontrarse una limitación de los movimientos (rigidez articular). De acuerdo al grado de deslizamiento de la cabeza femoral, se puede observar un acortamiento global del miembro afectado.

El dolor en la región inguinal habrá que descartar también patologías regionales:

- Apendicitis,
- Hernias inguinales,
- Torsión testicular en los varones,
- Patología del ovario en la mujer.
- Es importante palpar prolijamente el abdomen, para no confundir un dolor irradiado.

El estudio radiológico pondrá en evidencia la patología.

Epifisiolisis femoral superior aguda

El cuadro clínico es diferente y característico, se trata de un niño mayor ó un adolescente que acude a un servicio de urgencias por presentar un dolor

intenso, de aparición brusca en una de sus caderas con una importante impotencia funcional(no puede caminar ,dolor invalidante)

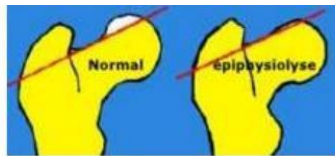
La posición del miembro es en completa abducción,rotación externa y acortamiento. Puede o no haber mediado un traumatismo.

Es importante el interrogatorio clínico, para poner de relieve el comienzo de las molestias, es diferente el tratamiento en una epifisiolisis superior aguda que en una crónica que se agudiza.

3. Estudios a Solicitar:

a.-Obligatorios

1.- Rx panorámica de pelvis para caderas :Cuando el deslizamiento es mínimo,no es fácil apreciar la lesión en esta posición Excepto que el especialista ó radiólogo marque la línea del signo de Klein

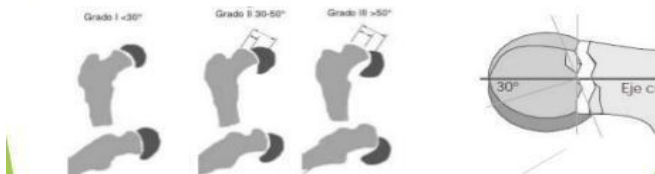


- ▶ Signo de Klein: Una línea recta que prolongue la cara superior del cuello debe cortar a un segmento epifisario y se considera positivo cuando no la corta o lo hace en una pequeña porción.
- ▶ Cuando el borde superior del cuello es convexo o irregular se traza la línea, siguiendo la dirección más próxima al borde del cuello.

2.- Rx axial de la cadera afectada: **método de Southwick**

En esta posición se debe medir el grado de deslizamiento de la cabeza menor determinado por cuatro estadios I II III y IV de a mayor gravedad femoral respecto del cuello.

- ▶ Mide el grado de deformidad y plantea el posible tratamiento
 - ▶ Valoración en la proyección
 - ▶ radiográfica axial:
1. Pre-deslizamiento: sólo están presentes anomalías fisaria
 2. Mínimo o leve: deslizamiento angular menor a 30°.
 3. Moderado: 30 – 50°.
 4. Grave o severo: mayor a 50°.



3.-Ecografía: permite establecer uno de los criterios de inestabilidad de la lesión,basado en la presencia o no de una hemartrosis. Esto habla a favor de un deslizamiento agudo de la cabeza femoral.

b.-Optativos

R.N.M : permite la observación del estado vascular de la cabeza femoral.

4. Conducta Inicial:*Tratamiento:*

La epifisiolisis es una urgencia quirúrgica y sus objetivos principales son detener y evitar la progresión del deslizamiento de la epífisis y prevenir complicaciones. La elección de la técnica quirúrgica dependerá del grado de deslizamiento epifisario y el tiempo de evolución del cuadro clínico. El **tratamiento estándar para la epifisiolisis es la fijación in situ con tornillos**. La reducción cerrada se desaconseja por el riesgo de lesiones iatrogénicas, al posibilita un empeoramiento de las condiciones circulatorias de la epífisis femoral.

En las epifisiolisis estables crónicas con deslizamiento severos se pueden emplear osteotomías para mejorar la posición de la epífisis en relación con el acetábulo. El tratamiento para cualquiera de las formas es siempre quirúrgico y **estará a cargo del especialista**.

La forma aguda ó crónica que se agudiza merece un tratamiento quirúrgico de "Urgencia"

**5. Niveles de atención:***Primer nivel:*

En este nivel solo se atenderá la consulta inicial y se solicitarán los estudios obligatorios para confirmar diagnóstico.

Nivel especializado:

Todo paciente con esta patología debe ser derivado sin dilaciones al ortopedista para su inmediato tratamiento.

6. Control y Seguimiento

Estará a cargo del médico especializado que ha intervenido al paciente. En caso de plantearse imposibilidad de ello por las distancias y los inconvenientes planteados ó por plantearse debido a la *pandemia*, deberá controlar el pediatra o médico generalista zonal generando contacto permanente con el ortopedista tratante.

7. Riesgo de latrogenia:

Lo más frecuente es subestimar esta lesión, por no tenerla presente. Habitualmente se la suele caratular con una sinovitis transitoria ó con algún desgarro muscular periarticular en los casos de los jóvenes que practican deportes. El riesgo de subdiagnosticar es el mayor deslizamiento a corto ó mediado plazo de la cabeza femoral que evolucionará de los grados I ó II a los más graves, donde los tratamientos quirúrgicos son de mayor complejidad y los resultados menos satisfactorios.

Reviste gran importancia consignar en la historia clínica todos los datos que aporta la anamnesis basada en los datos que se han descripto .El examen físico debe consignarse con precisión, al igual que los datos obtenidos de los estudios radiológicos.

8. Bibliografía:

- 1- Evaluación del tratamiento de la Epifisiolisis Inestables del Fémur Proximal- Cuneo A y Otros- XXX Congreso SAOTI -2010
- 2- Naseem H, et al. Treatment of stable slipped capital femoral epiphysis : systematic review and exploratory patient level analysis. J Orthop Traumatol 2017;18(4):379-94. DOI: 10.1007/s10195-017-0469-4
- 3- Lang P, et al. The outcome of in-situ fixation of unstable slipped capital femoral epiphysis. J Pediatr Orthop 2019;1- 6. DOI: 10.1097/BPB.0000000000000596
- 4- Perry DC, et al. Childhood obesity and slipped capital femoral epiphysis. Pediatrics 2018;142(5):e2018106. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1067>
- 5- González Bateca CJ. Epifisiólisis femoral proximal, una entidad desapercibida en atención primaria. Rev. Med. [Internet]. 11 de septiembre de 2020 [citado 11 de septiembre de 2020];28(1). Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/4812>