

Allí donde ya no sea posible una reducción del desplazamiento epifisario por haber consolidado con la cara posterior del cuello femoral antevertido y elevado, consideramos que una osteotomía subtrocantérea correctora de la rotación externa del miembro y de la coxa-vara determinada por el deslizamiento epifisario es intervención muy agradecida que logra recuperar esencialmente forma y función. Quizá si la experiencia confirma como definitivo el éxito inicial de las cabezas acrílicas de Judet sea ésta mejor solución.

En apoyo de este criterio nuestro, presentamos un caso de epifiseólisis patológica, pero de deslizamiento epifisario rápidamente establecido, que determinaba una gran rotación externa, abducción y acortamiento del miembro.

Alertados por el temor de una reducción por maniobras y prolongada inmovilización en yeso, que pudiera conducirnos a una pseudoartrosis por luxación patológica del cuello o a una anquilosis en caso de lograrse y mantenerse la reducción, optamos por una corrección de la actitud viciosa del miembro mediante una osteotomía subtrocantérea. El resultado ortopédico se logró felizmente y la movilidad articular se amplió en gran parte, persistiendo una limitación importante de la flexión abdominal del muslo. Hemos examinado recientemente este caso a los nueve años de intervenido, acusando como único defecto de importancia una limitación de la flexión de cadera que discurre entre unos 60°, sin alcanzar la flexión de 90° que compensa al sentarse con la flexión lumbar.

Las radiografías de este caso, en la actualidad, en proyecciones anteroposterior y lateral (Lauenstein) que presentamos, muestran una consolidación de epífisis con cara posterior de cuello y una prominencia de la metáfisis del cuello femoral antevertido, que es la causante del obstáculo a una flexión abdominal más amplia del muslo, pero, en cambio, una epífisis femoral bien desarrollada y esférica sin la menor alteración necrótica, gozando de una movilidad bastante amplia, sin deformación y sin claudicación, resultado que difícilmente pudiera esperarse de una reducción cruenta a lo Martin⁵, Badgley¹ o Compère², siempre muy aventuradas.

Por consiguiente, nuestra conducta en las epifiseólisis traumáticas recientes, en las que la reducción por maniobras incruentas se logra siempre, como en las epifiseólisis idiopáticas distróficas, en las que por la amplia zona de decalcificación del cartílago epifisario pudiera esperarse también una reducción epifisaria por maniobras de Lorenz, enclavijamos cuello y epífisis por vía trocantérea como una fractura medial de cuello de fémur.

En las epifiseólisis idiopáticas incipientes, desde el momento en que la radiografía en posición de Lauenstein acuse un pequeño grado de anteversión de cuello femoral, nos parece muy aceptable el consejo de Wilson⁷, de enclavijarlas como medida preventiva de la disyunción y desplazamiento epifisario, de preferencia a la operación de Howorth³. ¿Por qué habríamos de esperar a que se luxe la metáfisis cervical para reducirla y enclavijarla?

En las epifiseólisis, tanto traumáticas como idiopáticas que consolidaron en coxa-vara anteverta, practicaremos la osteotomía subtrocantérea corrigiendo la rotación externa del miembro y varismo cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badgley: «Operative Therapie for Slipped upper Femoral Epiphysis. An End-Result Study». *Journal of Bone & Joint Surgery*, volume 30-A, january, 1948, pág. 19.
2. Compère: «Correction of Deformity and preventive of aseptic necrosis in late cases of slipped femoral epiphysis». *Journal of B. & J. Surg.*, volume 32-A, 1950, pág. 351.
3. Howorth: «Slipping of th upper femoral epiphysis». *Journal of B. & J. Surg.*, vol. 31-A, 1949, pág. 734.
4. Klein: «Roentgenographic Changes in Nailed Slipped Femoral Epiphysis». *Journal of B. & J. Surg.*, vol. 31-A, 1949, pág. 1.
5. Martin P.: «Slipped Epiphysis in the Adolescent Hip. A Re-consideration of Open Reduction». *Journal of B. & J. Surg.*, vol. 30-A, 1948, pág. 9.
6. Milch: «Epiphysiolysis or Epiphyseal Coxa-Anteverta». *Journal of B. & J. Surg.*, vol. 19, 1937, pág. 97.
7. Philip D. Wilson: «The Treatment of Slipping of the Upper Femoral Epiphysis with minimal Displacement». *Journal of B. & J. Surg.*, vol. 20, 1938, pág. 379.

Comentario

Han pasado 53 años y donde menos se nota el paso del tiempo en este trabajo del Dr. Salaverri sobre deslizamiento epifisario de cabeza femoral es en la etiopatogenia. Lo que hoy en día se sabe sobre las causas y mecanismos de producción de la epifiseólisis de cabeza femoral es más o menos lo mismo que se sabía en 1951, es decir, su asociación a una disfunción endocrina y obesidad por un lado, el llamado síndrome adiposogenital, y por otro lado el desconocimiento de su mecanismo intrínseco que lleva a unos pocos ado-

lescentes a padecerlo (su incidencia es de 3 por 100.000 niños)¹.

Describe el Dr. Salaverri con mucha precisión los cambios anatomopatológicos que produce este deslizamiento, que curiosamente llama «epifiseólisis», diferenciando tipos crónico y agudo. Es interesante su descripción de cómo es el cuello femoral el que se desliza en anteversión y a proximal quedando la epífisis femoral desplazada a posterior e inferior. Asimismo, en el diagnóstico radiológico, hace

especial hincapié en la proyección axial de caderas de Lowenstein que es clave para su diagnóstico precoz y que sigue siendo plenamente válido en la actualidad. Es cierto que hoy en día hay técnicas de imagen más sofisticadas como la reconstrucción tridimensional por tomografía axial computarizada (TAC)², si bien la base del diagnóstico continúa siendo la radiología simple.

Es en el tratamiento donde sí han cambiado más las cosas desde 1951. Es importante la suavidad en las maniobras de reducción (si se hacen), que han de ser en mesa de tracción y aplicando suave rotación interna, evitando «la flexión, abducción y fuerte rotación interna del muslo» que se describe en el texto en las maniobras de Lorenz, ya que se ha visto que las maniobras bruscas o forzadas pueden ocasionar necrosis avascular de la cabeza femoral³.

En segundo lugar, aunque ya entonces se abandonaba el enyesado pelvipédico como método de inmovilización de la epifisiolisis femoral, sustituyéndolo por el enclavijado con clavo de Smith-Petersen, los métodos de osteosíntesis han seguido evolucionando hacia el enclavijamiento múltiple con agujas de Kirschner o clavos de Knowles, y más recientemente hacia el empleo de un tornillo canulado único^{4,5}. Incluso este mismo año se ha descrito una modificación del tornillo canulado que evita el cierre fisario manteniendo la estabilidad de la fisis y permitiendo su crecimiento restante⁶. Hoy en día parece más claro que la osteocondritis está en relación con la penetración articular de los clavos⁷.

En casos más evolucionados y con mayor desplazamiento la osteotomía subtrocantérica de Southwick⁸ sigue estando en vigor, como se menciona en el texto, aunque lo que llama poderosamente la atención es la mención que hace el autor a que «quizá si la experiencia confirma como definitivo el éxito inicial de las cabezas acrílicas de Judet sea ésta la mejor solución». No cabe duda de que la prótesis de cadera puede

ser un recurso para las secuelas de la epifisiolisis en la edad adulta, pero lo que no podía imaginar Salaverri en 1951 era que en 2004 la artroplastia de cadera iba a ser la intervención «princeps» de la Cirugía Ortopédica. El éxito inicial se ha convertido en éxito rotundo, y aún está en evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loder RT. The demographics of slipped capital femoral epiphysis. An international multicenter study. *Clin Orthop* 1996;322:8-27.
2. Kordelle J, Millis M, Jolesz FA, Kikinis R, Richolt J. Three-dimensional analysis of the proximal femur in patients with slipped capital femoral epiphysis based on computed tomography. *J Pediatr Orthop* 2001;21:179-82.
3. Kennedy JG, Hresko MT, Kasser JR, Shrock KB, Zurakowski D, Walters PM, et al. Osteonecrosis of the femoral head associated with slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop* 2001;21:189-93.
4. Ward WT, Stefko J, Wood KB, Sanitski CL. Fixation with a single screw for slipped capital femoral epiphysis. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74A:799-809.
5. Aronson DD, Carlson WE. Slipped capital femoral epiphysis. A prospective study of fixation with a single screw. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74A:810-9.
6. Guzzanti V, Falciglia F, Stanitski CL. Slipped capital femoral epiphysis in skeletally immature patients. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86B:731-6.
7. Jofe NH, Lehman W, Ehrlich MG. Chondrolisis following slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop B* 2004;13:29-31.
8. Salvati EA, Robinson HJ, O'Dowd TJ. Southwick osteotomy for severe chronic slipped capital femoral epiphysis: Results and complications. *J Bone Joint Surg Am* 1980;62A:561-9.

J. de las Heras
Servicio de Ortopedia Infantil.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.