



CARTAS AL DIRECTOR

Carta en relación al artículo «Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes»

Letter related to the article «Legg-Calvé-Perthes disease»

Sr. Director:

En el número 4/2011 de la REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA se abordó la Enfermedad de Perthes como tema de actualización, realizada por los autores Dres. Salcedo, González y Albiñana.

Felicitar primero a los firmantes por el esfuerzo realizado y congratularnos de que la ortopedia española vaya mejorando y acomodándose a los nuevos tiempos. Ya son lejanos los años en los que a pesar de ser abandonadas las distintas férulas de descarga en los países más avanzados, aquí en España seguíamos prescribiéndolas, como si lo escrito en las revistas internacionales no nos hiciera mella.

Me gustaría, no obstante realizar una serie de puntuaciones. La primera con respecto a la incidencia de la enfermedad. Existen ya datos en la población española, y podemos afirmar que nuestra incidencia es del 1,59 por cada 100.000 habitantes, según un trabajo comunicado en el último Congreso de la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica celebrado en La Coruña¹. En dicho trabajo se describe la población base sobre la que asentó el estudio durante los últimos 16 años (1994-2010). En esta población periférica de Madrid situada en los municipios de Coslada, San Fernando, Mejorada y Alcalá de Henares se diagnosticaron 37 casos de Perthes con una población que varió desde 126.000 a los 167.000 habitantes a lo largo de estos años, y que dio además como resultado una sorprendente disminución lenta pero paulatina de la enfermedad.

En lo que respecta al tratamiento, efectivamente los casos tratados quirúrgicamente son cada vez más numerosos en porcentaje, y ello debido a que los más largos seguimientos nos dicen que la artrosis de cadera estará presente en casi el 50% de los casos. Con este panorama de malos resultados, la comunidad ortopédica mundial se vuelve más intervencionista intentando conseguir una cadera más esférica y congruente al final del período de crecimiento. Cada día se toleran menos las «pequeñas»

deformidades articulares intentando mejorar la evolución natural de la enfermedad.

No obstante, algunas de las técnicas quirúrgicas están en franco desuso como por ejemplo, la tenotomía de aductores. Clásicamente se realizaba de forma reglada en la mayoría de los casos, pero su fracaso a medio plazo en la restauración de la movilidad la hacen cada vez más ineficaz. La contractura de la cadera es la contracción involuntaria de «toda» la musculatura como respuesta de los mecanorreceptores de la articulación. No se trata solo de la contractura del *adductor longus* sino de la totalidad de la musculatura. El *adductor longus* es el más superficial, y por tanto el que más fácilmente se detecta a la palpación. Su simple sección no produce relajación del resto de la musculatura sinérgica. La mejoría clínica, en todo caso, podría ser debida al reposo obligado tras la operación y al tiempo que posteriormente está con el sistema rígido de abducción, bien yeso o bien férula.

La evolución de la tenotomía es hacia una nueva contractura. El músculo vuelve a anclarse y la contractura reaparece. Así, en nuestra serie de 432 casos se realizó tenotomía en 31 de ellos. La indicación fue realizada según las preferencias de cada cirujano, pero siempre en presencia de una abducción menor de 20-30° con respecto al lado sano. Los resultados muestran que en 28 casos la mejoría tuvo una duración media de 4,60 meses (rango: 1-12; DS: 2,9; moda: 3) sabiendo que durante 1,5 meses el paciente estuvo en reposo con yesos de Petrie. De los 31 enfermos solo en dos casos se mantuvo la mejoría a lo largo del tiempo. En el caso restante, la tenotomía fue repetida a los 9 meses de la primera y de nuevo volvió a recaer la contractura.

Y por último, me gustaría comentar el problema de la epifisiodesis del trocánter. Recientemente, Shah et al.², publicaron un trabajo que ha variado nuestra forma de actuar en casos de sobrecrecimiento del trocánter.

Clásicamente los cirujanos realizábamos esta técnica de frenado por debajo de la edad de 8 años, tal como explican los autores españoles. Sin embargo, este importante trabajo indio determina la efectividad de la epifisiodesis en niños mayores de este límite. El Dr. Shah et al. muestran que la técnica también es eficaz en niños entre 8 y 9 años llegando a ser del 80% de casos. Y es efectiva en el 50% de los pacientes entre los 8,5 y 10 años de edad, y de hasta 30% cuando el paciente está entre los 10 y los 11 años.

A la luz de estos datos queda claro que la epifisiodesis es un tratamiento eficaz también en niños mayores de 8 años.

Bibliografía

1. Rubio C, Abril JC. Incidencia de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes en el área 2 de Madrid 1994 -2010. Comunicación SEOT, La Coruña, Junio 2011.

2. Shah H, Siddesh ND, Joseph B, Nair SN. Effect of prophylactic trochanteric epiphysiodesis in older children with Perthes' disease. *J Pediatr Orthop.* 2009;29:889-95.

J.C. Abril

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Niño Jesús, Madrid, España

Correo electrónico: juancabr@hotmail.com

doi:[10.1016/j.recot.2011.10.001](https://doi.org/10.1016/j.recot.2011.10.001)

Respuesta de los autores

Reply from the authors

Sr. Director:

Deseamos agradecer al Dr. Abril sus interesantes observaciones sobre determinados aspectos de la enfermedad de Perthes tratados en nuestro artículo, pues nos alegra poder compartir opiniones y alentar el debate con otros colegas de nuestra especialidad.

La tenotomía de adductores está considerada como un tratamiento «coadyuvante» de la enfermedad, y no siempre necesario, que busca restablecer al máximo la movilidad articular tan importante para el remodelado de la epífisis femoral proximal. Por tanto, no ha de aplicarse como técnica única y definitiva para tratar la enfermedad, sino dentro de una serie de gestos quirúrgicos cuando el paciente lo requiera, sabiendo que, efectivamente, existe una proporción de casos que pueden presentar una recidiva de la contractura.

En lo que se refiere a la epifisiodesis del trocánter mayor, hemos revisado el artículo de los Dres Shah, Siddesh y Benjamin Joseph. Estos autores realizan la epifisiodesis del trocánter mayor de forma profiláctica en los pacientes sometidos a una osteotomía varizante de fémur. Por tanto,

estudian el efecto de la técnica como tratamiento preventivo, es decir, antes de que se produzca el sobrecrecimiento del trocánter, por lo que es posible que en muchos de los casos no se hubiera producido aún el daño en la fisis femoral proximal en el momento de la cirugía. Los autores encuentran en este argumento una posible explicación a sus buenos resultados.

Los estudios que analizan la eficacia de esta técnica como tratamiento una vez producido el daño en la fisis demuestran una clara disminución de aquella cuando la intervención se realiza a partir de los 8 años (Schneidmueller D, Carstens C, Thomsen M. Surgical treatment of overgrowth of the greater trochanter in children and adolescents. *J Pediatr Orthop.* 2006;26:486-90). Puesto que la edad es la única variable que el cirujano puede controlar, consideramos prudente establecer el límite de edad en los 8 años para realizar la epifisiodesis del trocánter con las mayores garantías posibles como regla general.

M. Salcedo Montejo

Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: maria.sm76@gmail.com

doi:[10.1016/j.recot.2011.11.002](https://doi.org/10.1016/j.recot.2011.11.002)