

XLVI SEMINARIO SATO ENFERMEDAD DE PERTHES. ACTUALIZACIÓN EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Sevilla, 27 – 28 octubre 2006

Director: Dr. D. José Jaime Quintana Del Olmo

Los días 27 y 28 de Octubre de 2006 tuvo lugar en Sevilla, en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío el XLVI Seminario de nuestra Sociedad, que versó sobre la enfermedad de Perthes, teniendo como antesala la jornada del viernes para discutir y actualizar conceptos en traumatología infantil. El Seminario fue dirigido por el Dr. Quintana como integrante de la unidad de Ortopedia Infantil del Servicio de C.O.T. del hospital anfitrión, unidad que está bajo la supervisión del Dr. Farrington.

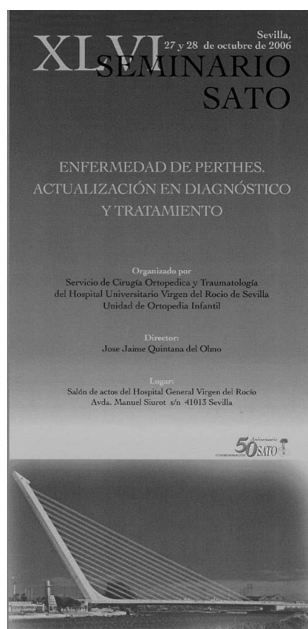
La jornada comenzó el día 27, en el salón de actos del hospital general con las dos primeras charlas ofrecidas por el Dr. Farrington, y que versaban sobre «La asistencia y manejo del niño que ha sufrido un traumatismo» y «Traumatismos del codo». En la primera ponencia se revisaron los conceptos de atención integral, sobre todo para niños de grandes traumatismos, e insistió en el aspecto, muchas veces olvidado por nosotros, de la detección de malos tratos ante la presencia de un niño con lesiones asociadas o diversas fracturas (al mismo tiempo o en diferentes fases de consolidación). En la segunda charla ofreció

unas pautas novedosas sobre la siempre temida fractura en el codo pediátrico, que tiene como estrella a la fractura supracondílea, exponiendo como dato más interesante la modificación del criterio de urgencia indiferible de este tipo de fracturas, indicando los puntos sobre los que se podía basar esta decisión: ausencia completa de clínica neurovascular, inmovilización en 20-30 grados de flexión y vigilancia neurovascular cada dos horas.

La jornada del viernes prosiguió con la disertación de la Dra. Tatay sobre los traumatismos de mano, muñeca y antebrazo, lo que obligó a nuestra compañera a realizar un esfuerzo importante para sintetizar un campo tan amplio y variado en sólo una charla. Expuso una interesante síntesis de la exploración de las fracturas en la mano, confirmando los conocimientos generales del tratamiento conservador como tendencia principal. En cuanto a la muñeca, llamó nuestra atención para ser exigentes en estos tratamientos a fin de evitar problemas fisarios, que conllevarían deformidades o acortamientos progresivos. En la sección de fracturas de antebrazo, a pesar de abogar por una correcta reducción, nos mostró algunos ejemplos de la fantástica remodelación que la naturaleza puede llevar a cabo en esta parte de la anatomía.

La patología del miembro inferior tuvo como ponentes a los Dres. Downey y Molano. El primero realizó un repaso de la patología de pelvis, cadera y fémur. En las primeras nos comentó las diferencias respecto a los adultos, siendo la más interesante el hecho de que al ser más elástica, la pelvis fracturada del niño es mucho más estable que la del adulto, permitiendo muchas veces tratamiento conservador. En las fracturas diafisarias de fémur, el tratamiento generalizado persiste vigente, pero el Dr. Downey insistió en la necesidad de respetar unas normas básicas: enclavado simétrico de igual grosor para evitar deformidades angulares progresivas, y adaptar firmemente las agujas de Kirschner a las rampas condíleas.

El Dr. Molano clausuró la jornada del viernes con un tema también abrumadoramente largo, que abarcaba los traumatismos de rodilla, pierna y pie. De su charla podríamos destacar el enfoque artroscópico que ofrece a las fracturas intraarticulares de tibia (espinas tibiales) con una resolución muy elegante, a pesar de indicar que el patrón oro de estas fracturas sea una miniartrotomía interna. También cabría reseñar las palabras dedicadas a las fracturas triplanas, ya que, a pesar de



que son un reto para el cirujano, nos recordó que la exigencia de esta fractura es igual que la del adulto, es decir, la reducción articular perfecta, ya que el potencial remanente de crecimiento de estos pacientes es escaso, y por tanto no hay gran peligro de angulaciones progresivas.

Con esta última charla terminó la animada jornada del viernes, que registró una buena afluencia de público, no sólo residentes sino también médicos adjuntos interesados en este tema.

El sábado comenzó la exposición del tema principal del Seminario, con dos mesas redondas. En la primera se habló de la etiología y actualizaciones de la enfermedad de Perthes, teniendo como ponente al Dr. Carranza Bencano. En segundo lugar, el Dr. Albiñana hizo un repaso de las clasificaciones actuales, y finalizó esta primera mesa el Dr. Cano Rodríguez hablando sobre el diagnóstico por la imagen.

El Dr. Carranza hizo un repaso de las posibilidades etiológicas de esta enfermedad (infartos múltiples, oclusión vascular postural, etc.) para reconocer que actualmente se ha avanzado muy poco en este campo, permaneciendo aún oscura la causa de esta patología.

El Dr. Albiñana desarrolló una exposición muy interesante sobre las distintas clasificaciones para seguimiento de esta patología, llegando a la conclusión de que las dos clasificaciones que más nos pueden orientar a la hora de establecer indicaciones quirúrgicas o no, y predecir un pronóstico a largo plazo son las del pilar lateral de Herring y la de Stulberg, respectivamente.

La primera mesa finalizó con el Dr. Cano, del servicio de radiología del hospital, repasando todas las posibilidades diagnósticas mediante técnicas de imagen, dándole valor incluso a la ecografía para esta patología (algo nuevo para el que escribe estas palabras) y abogando por la resonancia magnética nuclear como diagnóstico precoz, e incluso dándole validez como técnica de seguimiento, lo que planteó discordancias entre los presentes dada la relación coste-beneficio.

Después de un entretenido desayuno en la cafetería del hospital la jornada prosiguió con el tema estrella: tratamiento de la enfermedad de Perthes. Abrió el fuego el Dr. Farrington con el polémico tema del tratamiento conservador. Hizo un repaso histórico sobre las diferentes ortesis de abducción que han existido hasta llegar a la ortesis

de Atlanta (Scottish Rite Hospital), pero concluyó que estas medidas eran ineficaces en su mayoría para modificar la evolución de la enfermedad, si bien le concedió cierto beneficio al yeso de Petrie como método prequirúrgico para que la cadera llegue en «las mejores condiciones», pero abogando en líneas generales por el ejercicio en descarga (natación, bicicleta) como pauta para mantener un buen balance articular.

Seguidamente hablaron los Dres. Carpio Elías y Albiñana sobre el tratamiento quirúrgico del Perthes, tratando los temas de osteotomías femorales y pélvicas, respectivamente. La osteotomía femoral varizante es el «tratamiento de entrada quirúrgico» en general, que busca centrar la cabeza femoral dentro del acetábulo, que también se puede conseguir mediante osteotomías pélvicas (Salter v.g.) Ambos doctores insistieron fervientemente en los requisitos para que un niño fuese candidato a este tipo de tratamientos, y que consistían en una buena movilidad de la cadera en el periodo prequirúrgico, y una correcta congruencia articular, para lo cual defendieron la realización de una artrografía para ver dicha congruencia simulando la posición de la cabeza tras las osteotomías. También subrayaron que esto sólo debe hacerse cuando la cabeza femoral aún no ha terminado su fase de remodelación. El Dr. Albiñana defendió especialmente los buenos resultados de la artroplastia de cobertura tipo «Shelf» en sus manos, tanto como osteotomía primaria de cobertura, como sobre todo en niños mayores con poca capacidad de remodelación, mencionando la capacidad de la cápsula articular externa para funcionar como pseudocartilago.

Finalmente, el Dr. González Herranz, del Hospital de Valme, trató el tema de las secuelas de la enfermedad de Perthes, destacando la osteocondritis, la insuficiencia glútea por sobrecrecimiento del trocánter mayor, y la más llamativa, la cadera en bisagra. Para esta última complicación (la más específica del Perthes) planteó la posibilidad de una osteotomía femoral valguizante y extensora, siempre si cumplía los requisitos previos de congruencia artrográfica en la posición de corrección y una buena movilidad. Otras posibilidades mencionadas fueron la queilectomía, y osteotomías pélvicas.

Finalmente tuvo lugar una interesante discusión en la que intervinieron todos los ponentes, de la que se pudieron extraer varias conclusiones:

- La enfermedad de Perthes se puede diagnosticar precozmente mediante RMN, si bien no debe ser la técnica de seguimiento.
- Dicho seguimiento debe realizarse mediante proyección AP de radiología convencional.
- Como seguimiento se usa actualmente la clasificación del pilar lateral de Herring. Para valorar el pronóstico de un Perthes a largo plazo, la clasificación de Stulberg.
- El tratamiento conservador debe realizarse en casos no complicados, y como paso previo a la cirugía para liberar la movilidad de la cadera.
- Realizar artrografías de cadera antes de cualquier acto quirúrgico para constatar la congruencia articular.

- Sólo se puede modificar la evolución de la enfermedad antes de las etapas de reosificación. A partir de ahí, el tratamiento es de las secuelas.

Y de esta forma terminó brillantemente este seminario que contó con una asistencia media de unas treinta — cuarenta personas. La verdad es que las charlas fueron muy amenas e instructivas, fruto de la calidad de los ponentes y del interés de los asistentes por la ortopedia infantil. Sirvió para salir con una idea general de esta oscura enfermedad, y un patrón de conducta a adquirir cuando nos enfrentemos a ella.

Dr. Jorge Bernardos García.