

HOSPITAL NTRA. SRA. DE COVADONGA. OVIEDO
DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Prof. J. M. LÓPEZ PORRÚA

Osteotomías de centrado en la enfermedad de Perthes

J. M. RODRIGUEZ SOTO, G. VAZQUEZ SUAREZ,
J. E. GUTIERREZ GRANDA y A. MURCIA MAZON

RESUMEN

Los autores revisan los resultados obtenidos en 30 pacientes con enfermedad de Perthes, sometidos a tratamiento quirúrgico mediante osteotomías de congruencia articular. Utilizando criterios clínicos y radiográficos en la valoración, obtuvieron un 60% de buenos resultados, 33'3% regulares y 6'6% malos. Concluyen que la osteotomía de centrado acorta el período de evolución y de tratamiento de la enfermedad y es mejor tolerado por el paciente y los padres que el tratamiento conservador.

Descriptor: Enfermedad de Perthes. Osteotomía varizante.

SUMMARY

30 cases of Perthes disease treated with varus femoral osteotomy are reported. Three cases were combined with innominate osteotomy.

The clinical radiographical results were: 60% good, 33'3% fair and 6'6% poor. The authors advise the osteotomy during the treatment with the aim of reducing the evolution period and disturb patients and parents the least.

Key words: Perthes disease. Varus osteotomy; Perthes disease.

Introducción

Los objetivos del tratamiento de la enfermedad de Perthes son:

- 1.- Obtener y mantener una movilidad normal de la cadera.
- 2.- Contener perfectamente la cabeza femoral en el acetábulo.

La forma de conseguir estos objetivos es controvertida. Unos autores como MAC. EVEN (1) prefieren los métodos conservadores, utilizando fundamental-

mente la férula de Atlanta que controla la abducción mientras que otros son partidarios del tratamiento quirúrgico. En el presente estudio, revisamos los resultados obtenidos en pacientes con enfermedad de Perthes, sometidos a tratamiento quirúrgico, mediante osteotomías de centrado o congruencia articular.

Material y método

La revisión se realizó en 30 pacientes, de 4 a 10 años después de la intervención. Se estu-

diaron preoperatoriamente en los aspectos clínico, analítico y radiográfico (AP y axial de ambas caderas). Excepcionalmente se realizó estudio artrográfico y en todos los casos vistos inicialmente por nosotros, gammagrafía ósea.

A todos los pacientes se les realizó una osteotomía intertrocanterea varizante de 20 a 30 grados y desrotadora de 20 grados fijándola con dos o tres tornillos. No resecamos cuña interna para evitar el acortamiento. Postoperatoriamente se colocó un yeso pelvipédico durante 5 semanas, permitiendo el apoyo precoz a los dos meses de la intervención.

La extracción del material de osteosíntesis (EMO) se realizó seis meses después de la intervención, colocando un yeso pelvipédico durante 4 semanas. En un caso se realizó tenotomía percutánea de aductores.

En tres casos, la osteotomía femoral, se asoció a una osteotomía del ilíaco (1 tipo Salter y 2 tipo Chiari) por considerar que para obtener un buen centraje, tendríamos que varizar más de 30 grados, lo que conlleva un acortamiento excesivo.

Los resultados los valoramos siguiendo parámetros clínicos y radiográficos que figuran en la tabla I.

TABLA I.— Valoración resultados

RESULTADOS	C.E.	C.A.	Wiberg	Dolor	Claud.	Rot.	Dismet. cm	Atrof.
EXCELENTE	↑ 80	↑ 85	↑ 20	-	-	-	-	-
BUENO	↑ 60	↑ 85	↑ 20	-	-	+	↓ 1,5	-
REGULAR	30-60	45-60	10-20	+	+	++	1,5-2,5	+
MALO	↓ 30	↓ 45	↓ 10	++	++	+++	↑ 3	++

C.E.: Cociente epifisario. C. A.: Cociente acetabular. Wiberg: Angulo de Wiberg. Dolor: + (dolor esporádico en la cadera afectada); ++ (dolor notable en la cadera afectada). Clasificación: + (discreta); ++ (notable). Rot.: + (discreta limitación de las rotaciones); ++ (moderada limitación de las rotaciones); +++ (importante limitación de las rotaciones). Dismet.: acortamiento del miembro inferior en centímetros). Atrof.: + (discreta atrofia de cuádriceps); ++ (moderada atrofia de cuádriceps).

Resultados

Queremos destacar entre los datos clínicos preoperativos, 10 casos de acortamiento del miembro afectado, que observamos en niños que habían utilizado durante un tiempo variable, férulas en descarga; asimismo diagnosticamos sinovitis fugaz de repetición, en 4 casos, antes de llegar al diagnóstico definitivo de Enfermedad de Perthes.

El 83·3% de los casos fueron varones (25) y el 16·6% hembras (5). La edad de presentación osciló entre 3 y 11 años, siendo 29 casos unilaterales y 1 caso bilateral.

La distribución por grupos, según la clasificación de Catterall, figura en la tabla II.

Aunque en la tabla anterior figura un caso Grado I operado, en la actualidad no intervenimos a estos niños. Seguimos tratamiento quirúrgico en los casos incluidos en el grupo II, con signos de cadera en peligro, a todos los ca-

TABLA II.— Catterall

Grado I	1 (3·3%)
Grado II	11 (36·6%)
Grado III	17 (56·6%)
Grado IV	1 (3·3%)

Los incluidos en el grupo III y los incluidos en el grupo IV, en la fase de secuelas.

Los resultados globales, valorados de 4 a 10 años después de la intervención, se exponen en la tabla III.

TABLA III.- RESULTADOS

Excelentes	3 casos (80%)
Buenos	15 casos (50%)
Regulares	10 casos (33.3%)
Malos	2 casos (6.6%)

En el gráfico n.º 1 que relaciona los resultados con la edad de presentación, queremos destacar que se obtiene el mismo porcentaje de buenos resultados, en el grupo de edad menor de 5 años que en el grupo de edad mayor de 5 años.

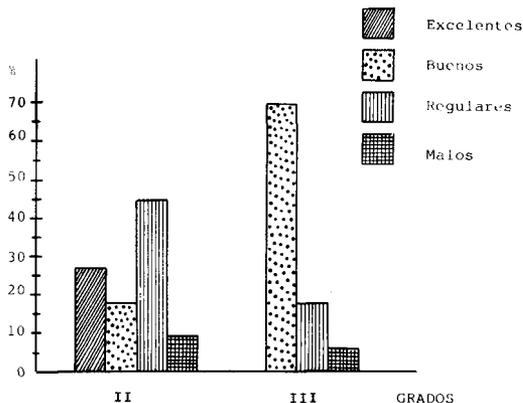
En el gráfico n.º 2 que relaciona los resultados con los grupos de Catterall, observamos que el mayor porcentaje de buenos resultados los obtenemos en el grupo III (figura 1), mientras que los 3 resultados excelentes pertenecen al grupo II.

Hemos observado una remodelación precoz, a los dos meses de la operación, antes de comenzar a apoyar, lo que estaría a favor del efecto biológico, hipervascularizador de la osteotomía.

Discusión

Nuestra intención al realizar una osteotomía varizante, es conseguir una con-

GRÁFICO 2.- RESULTADOS - CATTERALL

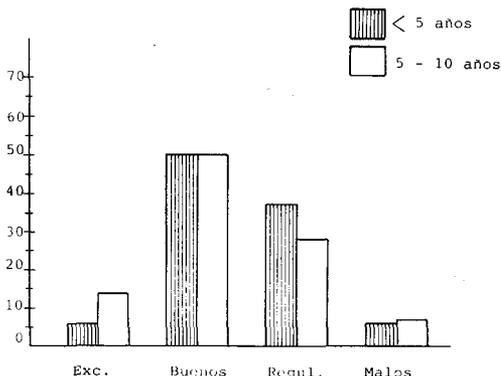


gruencia articular al finalizar la evolución de la enfermedad, de manera que las superficies articulares tengan una forma normal o casi normal, o bien, conseguir una congruidad incongrua en los casos graves. Creemos que este objetivo se consiguió en todos los casos, teniendo en cuenta que en dos casos fue preciso realizar una nueva osteotomía varizante para obtener una buena congruencia ya que después de la primera intervención se observó una pérdida de varización.

Observamos antes de extraer la placa, una moderada contractura de aductores, por lo que actualmente, a la vez que se realiza la EMO, se hace sistemáticamente tenotomía percutánea de aductores.

Nuestros resultados con apoyo total al consolidar la osteotomía, confirman la opinión de HÖRDEGEN y WITT (1971) (2) así como la de RAUTERBERG (1977) (3) de que con el apoyo precoz de la cadera enferma, se consigue un estímulo del desarrollo en el sentido de una más rápida regeneración y formación de una cabeza fisiológica. Los trabajos de STORIG, SCALE y MÜLLER corroboran estas teorías (4). Por otra parte, es importante evitar las presiones patológicas en la articulación mediante una osteotomía varizante y el apoyo ocho semanas después, para al-

GRÁFICO 1.- RESULTADOS - EDAD

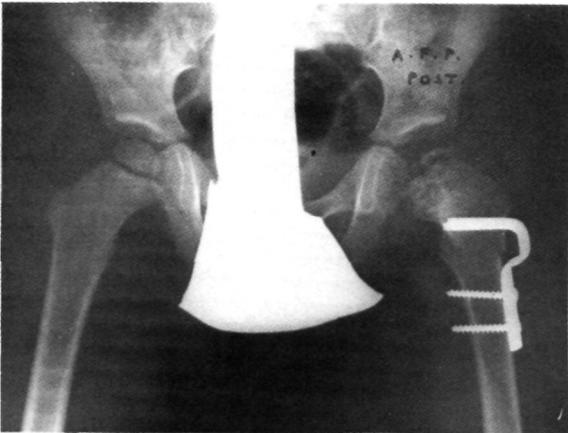




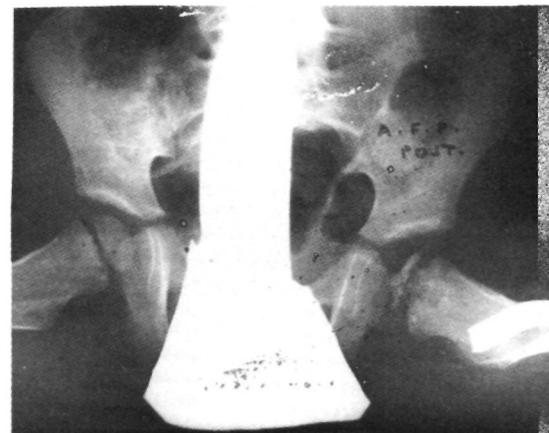
a



b



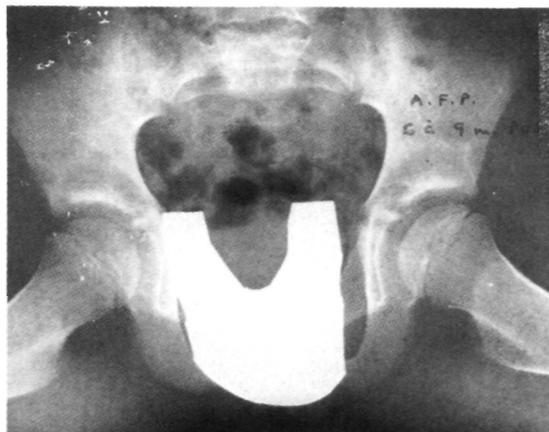
c



d



e



f

FIGURA 1.— a y b: Niño de 3 a. y 8 m. con enfermedad de Perthes grado III con signos de cabeza en peligro. c y d: Osteotomía de varización. e y f: Resultado a los 6 a. y 9 m. de la intervención.

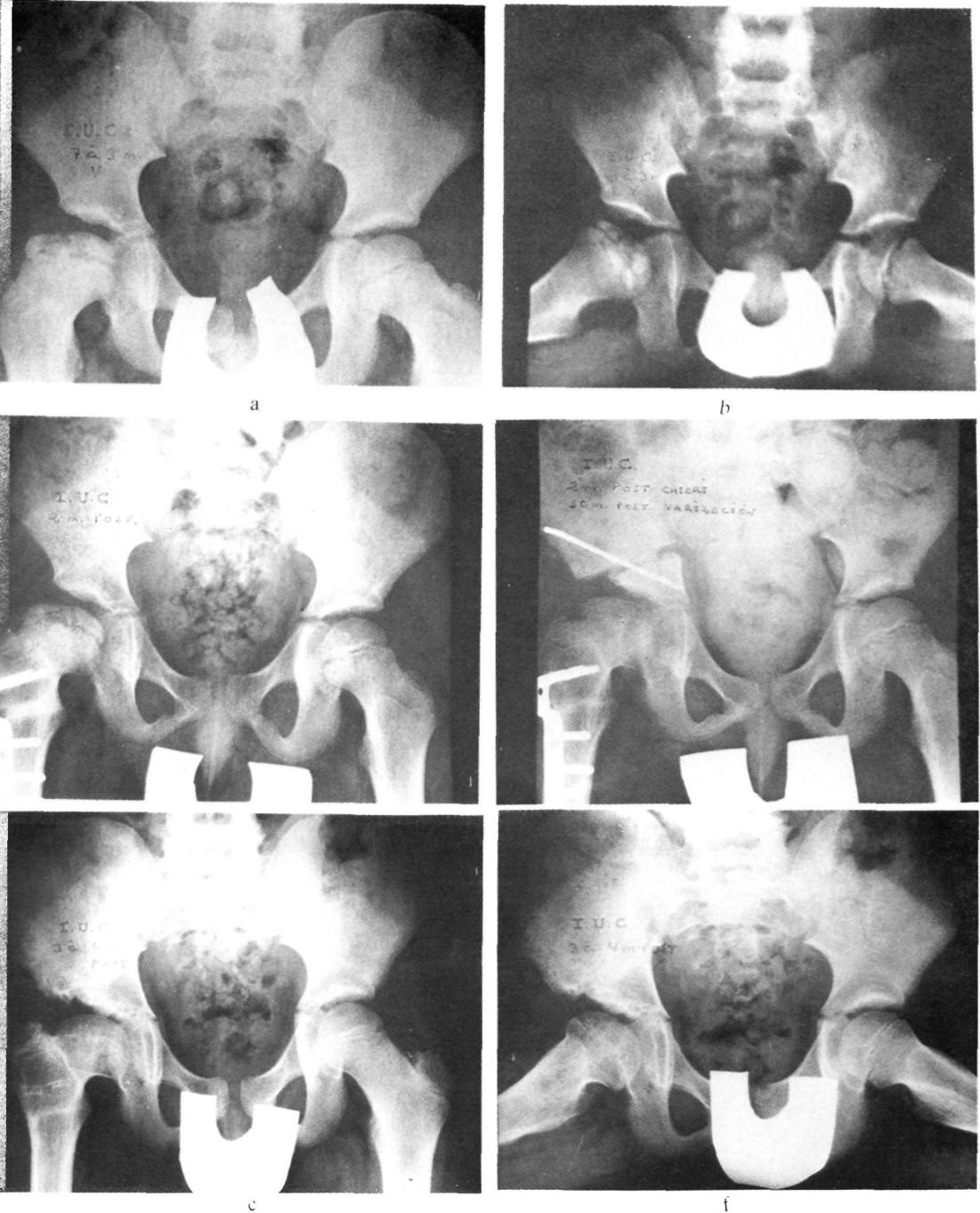
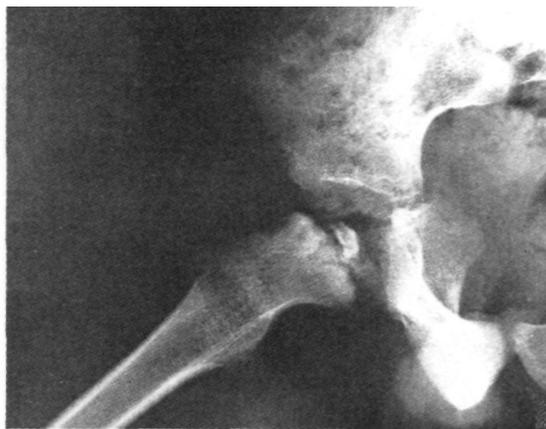


FIGURA 2.— *a* y *b*: Niño de 7 a. y 3 m. con enfermedad de Perthes en fase de secuelas. Presentaba 2'5 cm. de acortamiento y había sido tratado con férulas en descarga. *c*: Osteotomía de varización (2 meses del postoperatorio). Se observa una mala cobertura acetabular por lo que se realiza una osteotomía de Chiari (*d*). Resultado a los 3 a. y 4 m. de la intervención. En la actualidad no tiene disimetría (*e* y *f*).



a



b



c



d



FIGURA 3

a y b: Niño de 6 a. y 2 m. con enfermedad de Perthes grado III y signos de cabeza en peligro. Había sido tratado ortopédicamente con férulas en descarga y presentaba 2'5 cm. de acortamiento. c: Se realiza osteotomía de varización + osteotomía de Salter simultáneamente. d y e: Resultado a los 4 a. del postoperatorio. Presenta en la actualidad 0'5 cm. de dismetría.

canzar una adaptación funcional de la cabeza femoral a la forma del acetábulo (plasticidad biológica de Salter).

Hemos realizado artrografía preoperatoria sólo en cuatro casos. Creemos que esta técnica está especialmente indicada en los casos que vemos por primera vez en la fase de secuelas.

La artrografía combinada con el test de adducción-abducción nos puede mostrar una mayor congruencia realizando una osteotomía valguzante y no varizante que se ha de asociar siempre a una osteotomía de Chiari, considerando la displasia acetabular que existe en la fase de secuelas (5).

Conclusiones

1.— En la actualidad varizamos 30 grados que nos parece suficiente para obtener un buen centraje; en ocasiones este sólo se consigue varizando más de 30 grados lo que no hacemos para evitar el acortamiento que ello supondría. En estos casos creemos oportuno asociar una osteotomía del ilíaco (Salter o Chiari). (Figuras 2 y 3).

2.— No se produce atrofia muscular importante.

3.— Creemos conveniente realizar sistemáticamente tenotomía percutánea de aductores en el mismo acto quirúrgico de la EMO.

4.— En la mayoría de los casos se presentó una disimetría entre 0'5 y 1 cm. compensada posteriormente con el crecimiento.

5.— Las limitaciones rotacionales observadas consideramos que son debidas a errores técnicos en la desrotación.

6.— El tratamiento quirúrgico acorta el período de evolución de la enfermedad en un año. En este punto estamos de acuerdo con WESSELS.

7.— Retrospectivamente, la intervención es tolerada síquicamente por el paciente, mejor que el tratamiento conservador, mediante férulas en descarga que es preciso en ocasiones utilizar durante años, produciendo atrofia muscular y acortamiento; además no son fáciles de confeccionar y son mal toleradas también por los padres.

BIBLIOGRAFIA

1. MAC. EVEN (1981). La enfermedad de Legg-Perthes- Calvé. *Instructional Course Lectures*. Vol. XXX, pág. 75-84.
2. HÖRDEGEN. K. M.; WITT. A. N. (1971). Nuestra experiencia con la osteotomía de varización intertrocantérea en la Enfermedad de Perthes. *Archiv. Orthop. Unfallchir.* Vol. 70, pág. 320.
3. RAUTERBERG. K. (1977). Terapéutica de la osteonecrosis juvenil de la cadera. *Therapiewoche*. Vol. 27, pág. 196.
4. STÖRIG. E.; SCALE. D.; MÜLLER. M. (1982). Resultados del tratamiento de la Enfermedad de Perthes por osteotomía de varización intertrocantérea con y sin ortesis de descarga en el postoperatorio. *Zeitschrift Orthopädie*. Vol. 3, pág. 226-229.
5. GINER. A.; BAUER. R. (1986). La osteotomía pélvica según Chiari en el Morbus Perthes. *Z. Orthopädie*. Vol. 4, pág. 535-538.