

---

---

# PATOLOGIA DEPORTIVA EN CADERA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

---

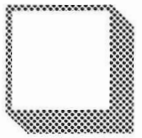
---

AUTOR:

JORGE GROISO

JEFE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
DEL HOSPITAL GARRAHAM

---



Voy a explicar un poco las experiencias que hemos tenido nosotros en el manejo de la cadera de niños y adolescentes deportistas.

Como Uds. saben, el deporte cada vez tiene un lugar más importante en la vida de los niños y adolescentes, en parte por vocación y deseo de los niños y en parte por vocación y deseo de los padres, es decir, vocación de los padres para que sus hijos hagan el deporte que ellos no hicieron. Entonces hay una sobreexigencia, una insistencia para que los chicos ganen, se preocupen y traten de triunfar.

Si tuviéramos que hablar de problemas del deporte, el principal es el sobreuso.

El problema principal de los niños en crecimiento es que tenemos que tener en cuenta que el esqueleto de ese niño está rodeado de cartílago.

La Ortopedia Infantil realmente estudia específicamente las enfermedades del cartílago, ya sea cartílago articular o cartílago en crecimiento. Tenemos que tener presente que los niños no son adultos pequeños, nosotros no tenemos que sacar las conclusiones que extraemos de los adultos sobre los problemas de los niños. Los mecanismos de las lesiones que sufren son diferentes, las técnicas de entrenamiento a que sometemos a los niños tienen que ser totalmente diferentes, con más insistencia en la velocidad que en la fuerza, y la rehabilitación ante las lesiones debe ser progresiva, con insistencia en la agilidad y no tanto en el desarrollo de restablecer la potencia muscular.

Frecuentemente nosotros tenemos varios síndromes por sobreuso típico de los chicos y el que vamos a manejar en este momento son las osteitis de pubis, que vemos con relativa frecuencia en los niños. En la RX se observa la reabsorción, sobretodo de una

de las ramas del pubis, pero lo más difícil de esto es el diagnóstico. Muchos ortopedistas no tenemos presente esta alternativa en los chicos que vienen con dolores en la zona inguinal, con dolores en la zona del muslo, realmente lo interesante es que los chicos dicen que cuando abren las piernas aumenta el dolor. Nosotros los examinamos, casi siempre tienen el calzoncillo puesto, entonces examinamos la zona que tenemos descubierta y nunca los vamos a examinar en la zona del pubis, y haciendo una suave presión en la zona pubiana, el chico refiere el dolor y eso nos evita muchos estudios y complicaciones, con el examen clínico perfectamente se puede diagnosticar la pubalgia en los adolescentes que, como Uds. saben, en este momento lo podemos evidenciar con maniobras clínicas, diagnosticarla haciendo la compresión de las dos crestas ilíacas o haciendo la hiperextensión de la cadera y en ese momento, producimos un movimiento a nivel de la sínfisis pubiana y aparece el dolor. El tratamiento es esencialmente reposo, no tiene por qué ser en cama, puede estar sentado y levantarse solamente para caminar unos pocos pasos a sus actividades, 2 a 5 días hasta que ceda el proceso inflamatorio, después le permitimos ir a la escuela, sin salir al recreo y lentamente reiniciamos las actividades, con unos pocos días de reposo se resuelve el problema.

Cuando el sobreuso o la sobreexigencia es más pronunciada, comienzan con los desprendimientos epifisarios o apofisarios. Ustedes saben que en realidad todas estas son apofisis en un niño en crecimiento. En esta zona se insertan grupos musculares poderosísimos: tenemos la espina ilíaca antero superior, la espina ilíaca antero inferior por el recto anterior, tenemos la espina ciática, la espina esquiática y el pubis; en cada una de estas



zonas podemos tener un arrancamiento, acá tenemos un arrancamiento de la espina ilíaca antero superior. En este caso nosotros le damos sólo reposo y le aconsejamos que el niño esté sentado la mayor parte del tiempo, que duerma semi sentado, que esté sentado en un silla, que esté sentado en la cama y con esto en dos o tres semanas se obtiene la desaparición del dolor.

La espina ilíaca antero inferior es más difícil de diagnosticar. Muchas veces no existe esta separación, tenemos dolores y se encuentra típicamente haciendo hacer la flexión de la cadera contra resistencia y el chico siente dolor en ese momento en la zona inguinal, luego lo hacemos acostar, presionamos en esa zona, comparando con la del otro lado, y así podemos hacer el diagnóstico clínico. Si a pesar de eso todavía no hemos podido, le pedimos un centellograma, que, por supuesto, nos va a mostrar una captación aumentada, entonces, ahí le vamos a hacer un estudio radiológico con mucha mayor precisión. Semanas más tarde se empieza a hacer el puente óseo, pero tenemos estos dos casos, estos ya son adultos, ha quedado separada la espina, ha quedado una pseudoartrosis, el paciente queda con ciertas molestias y podría existir la posibilidad de tener que extirpar estos elementos, no lo hemos hecho en la actualidad. Simplemente con analgésico, se trata posición de la cadera, en flexión; en lesiones de la espina ilíaca superior, hacemos el mismo tratamiento, reposo con flexión de la cadera.

El otro arrancamiento que vemos con relativa frecuencia en cartílago abierto, 13, 14 años, es un arrancamiento producido por un esfuerzo deportivo, es a nivel del trocánter menor, que se ve en la RX, esto si no está muy ascendido, se lo deja también en reposo en flexión, acortando las inserciones del PSOAS, y, en ese momento, podemos obtener la aproximación a por lo menos, no un empeoramiento de esta situación. El diagnóstico a veces nos hace confundir con un problema intrarticular. La elongación bajo resistencia, es la forma típica de hacer el diagnóstico, o palpando en la zona del trocánter menor, por detrás de los aductores y en esa zona el niño produce los mecanismos de dolor. Otra zona que hemos observado y que produce dolor es el arrancamiento del isquión. Este sí es un desprendimiento importante por tracción de los isquios tibiales, en este desprendimiento está indicada la reposición quirúrgica con un tornillo, porque si no el chico va a estar incómodo en la posición de sentado el resto de su vida. En esa posición, una pequeña incisión, se lo empuja y se lo

matiene con el tornillo. Otra entidad muy interesante que vemos en los chicos muy exigidos en esta época, es la osteocondritis disecante de cadera, que es difícil encontrar en la RX, pero si uno la busca, se está encontrando con mayor frecuencia. Tiene dolores articulares, muchas veces se acompaña con limitación del movimiento y en la ecografía se encuentra líquido intraarticular. A veces se producen mecanismos de bloqueo articular, el chico va caminando y de repente se le traba la cadera, siente inestabilidad y si no lo tratamos, nos puede llevar a la degeneración articular progresiva. Es más frecuente en los varones, pero en las mujeres se puede encontrar en una edad menor. En las actividades físicas, muchas veces se manifiestan y a veces puede ser bilateral. En los casos leves, indicamos restricción en las actividades deportivas, inmovilización parcial, es decir, a veces indicamos marcha con muletas, y lo ponemos en tracción si deseamos establecer una restricción total de actividades.

Qué es lo que aconsejamos? Nosotros tratamos de hacer una artroscopía poniendo la cadera en tracción y visualizamos. Si el cartílago está intacto, nosotros le hacemos perforaciones, si vemos el cartílago separado, hacemos una artrotomía y le colocaremos un injerto o hacemos un curetaje de la zona.

Hacemos el diagnóstico de osteocondritis de cadera con las RX, la tomografía lineal es lo que resulta más útil y sobre todo, la tomografía computada. El centellograma es uno de los estudios más útiles en los chicos, porque nos permite rápidamente ir a localizar una zona patológica y ahí empezamos a hacer los estudios. Ese es el concepto actual, se ha visto relación costo-beneficio en los hospitales americanos que ahora están tan preocupados por el problema de costo. En muchas lesiones, se toma un centellograma y si es positivo, se empiezan a tomar las RX. En una osteocondritis disecante de cadera se utiliza la tomografía computada, tenemos que colocar la cadera en rotación externa y hoy en día, a veces cuando no tenemos mucha facilidad con el artroscopio, hacemos la punción con el tomógrafo computado, es decir, nosotros colocamos el miembro en posición, ubicamos la lesión y colocamos un Kishner, llegamos a la zona y después, con una fresa, hacemos la perforación, sin siquiera verlo.

Otro problema que vemos en los chicos es la luxación traumática. Con mucha más frecuencia que los adultos, los chicos se lesionan el retináculo vascular y se pueden lesionar también el ligamento redondo. Esta articulación puede quedar con un



trastorno circulatorio muy grave y en los chicos, no sólo los afecta el crecimiento del cartílago. Esta pierna empieza a acortarse y los problemas de discrepancia de longitud pueden ser realmente importantes.

Otra patología de la cadera del niño es la luxación de cadera. Es una emergencia. La reducción debe ser hecha bajo anestesia general. Hemos visto que la necrosis aséptica se presenta entre el 30% y el 50% de los casos. Es más frecuente en chicos mayores de 8 años y sobretodo cuando hay mayor desplazamiento, se acompaña con el cierre prematuro de la epífisis, que produce el acortamiento o cuando la lesión de la epífisis es parcial, esta lesión es principalmente de la parte interna y produce un desplazamiento en varo de la cadera.

Otra lesión que vemos en los deportes con bastante frecuencia, sobretodo en el rugby, es la fractura de cuello de fémur. Esta fractura en los chicos es mucho más seria que en los adultos. Nosotros no tenemos alternativa de hacer un reemplazo total. Tenemos que tratar de salvarlo con lo que tenemos. Allí existe un enorme porcentaje de necrosis aséptica por la lesión articular y la lesión de la epífisis.

El tratamiento es la reducción y el enclavamiento en forma percutánea, obteniendo la mejor reducción posible, pero tenemos varios problemas: nosotros no podemos pasar el cartílago de crecimiento porque le estaríamos haciendo una epifisiodesis. Entonces, tratamos de no pasarlo. Las veces que hubo que hacerlo, porque la fractura era muy subcapital, preparamos unos clavos que dejan de tener rosca en los dos cm. distales, es decir, le limamos la rosca para evitar las protusiones, sino pasaría como los kirschner, que al cabo de unos meses se van saliendo. Acá tenemos algunas secuelas. En este caso de 4 años de edad, tuvo una fractura de cuello de fémur, se cayó de una hamaca, fue reducido, y que pasó: está creciendo mal, desapareció bastante el cartílago y desapareció el fragmento de la cabeza.

Aparentemente, todavía tiene circulación y lo seguimos controlando. En cambio, otro chico tuvo la mala suerte de desarrollar una necrosis total de la cabeza del fémur y secuela de luxación patológica con un problema realmente muy serio que va a ser muy difícil de manejar.

La otras fracturas que tenemos en los niños deben ser manejadas, sobretodo la del tercio proximal del fémur. Estas fracturas son quirúrgicas. No pueden ser tratadas en forma conservadora. Los tratamientos son muy complicados, se desplazan y se cabalga con mucha frecuencia y entonces tenemos que recurrir a intervenciones con clavo-placa. Siempre tratando de respetar el cartílago en crecimiento; y finalmente nosotros tenemos acá una secuela de una fractura de cuello de fémur, fue tratado en forma abierta, se hizo enclavado a cielo abierto en nuestra institución.

Se le colocaron estos clavitos muy bien, 13 años de edad y sin embargo, 3 años más tarde, desarrolló la necrosis de donde estaban los clavos hacia arriba, es decir, es una necrosis aséptica. Nosotros pensamos que fue producido por el daño de la circulación terminal, no fue una verdadera secuela de la fractura, sino la secuela de la inmovilización. En este caso retiramos los clavos y le colocamos el injerto de peroné y cureteamos inmediatamente, debajo del cartílago, pensando que el cartílago se va a seguir nutriendo de la articulación y que nosotros podíamos restablecer el fondo del cartílago. Le colocamos un injerto de peroné y vemos que se restableció la articulación y la chica en este momento tiene 19 años con un movimiento de la cadera muy completo.

La mayoría de las fracturas de fémur diafisarias de tercio proximal, las tratamos en la actualidad con este sistema: yeso 90/90 con un alambre de kirschner incorporado en el yeso. Ya no tratamos más a los niños en tracción. Los niños son inmovilizados en la guardia, prácticamente, se les da anestesia general, se ponen en un soporte al Zenit, este alambre de kirschner, con el estribo, se obtiene la reducción de fragmento, y se hace el yeso 90/90. Se controla si todo está bien y se los da de alta.

En nuestro hospital Garrahan no se internan más y excepcionalmente recurrimos a la intervención quirúrgica.

Quiero recordarles que los niños tienen una particularidad, cuando se les coloca el clavo endomedular, deben colocarlo bien en la punta del trocanter, si lo colocan en las fosas piriformes, ahí se produce un trastorno de las arterias retinaculares y está descrita la necrosis aséptica de cabeza de fémur por enclavado endomedular en los adolescentes. □