

ARTÍCULOS ORIGINALES

Relación entre sinovitis de cadera y enfermedad de Perthes

Relationship among hip synovitis and Legg-Pèrthes disease

Dr. Alejandro Álvarez López; Dr. Antonio Puentes Álvarez; Dra. Yenima García Lorenzo

Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Cincuenta pacientes diagnosticados y tratados por sinovitis transitoria de cadera (STD) fueron sometidos a un estudio observacional y explicativo en el Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña de la ciudad de Camagüey desde julio hasta diciembre del año 2002. Predominó de forma significativa el sexo masculino en un 68 %. Los grupos de edades con mayor incidencia fueron los de hasta 5 y de 6-10 años para un 50 y 34 %, respectivamente. Ambas caderas se afectan por igual. Dentro de los posibles factores etiológicos en pacientes con STD se encontró la infección respiratoria alta y la alergia con 46 y 40 %, respectivamente. El síntoma que predominó fue el dolor y la claudicación asociados en un 64 %. La maniobra de FABERE fue positiva en el 90 % de los pacientes. El 44 % de los pacientes necesitó de 10 a 15 días para recuperarse. La complicación que se impuso fue la persistencia de la claudicación en un 16 %. La enfermedad de Legg Calvé Perthes se presentó en el 12 % de los pacientes. Los factores asociados a ella fueron la edad mayor de seis años, la presencia o recidiva de dos meses o más y el sexo masculino.

DeCS: CADERA; SINOVITIS; ENFERMEDAD DE LEGG-PERTHES

ABSTRACT

Fifty patients diagnosed and treated for transient hip synovitis (THS) were subjected to an observational explicative study at Eduardo Agramonte Piña Provincial Hospital of Camagüey city from July to December 2002. Masculine sex significantly prevailed in the 68 %. The age groups with higher incidence were the up to 5 years and from 6 to 10 for a 50 and 34 %, respectively. Both hips were equally affected. Among the possible etiologic factors in patients with THS, it was found high respiratory infection and allergy with 46 and 40 %, respectively. The symptom that prevailed was pain and claudication associated to a 64 %. Fabere manoeuvre was positive in the 90 % of patients. The 44 % of patients needed from 10 to 15 d for recovering. The complication imposed was that of claudication persistence in a 16 %. Factors associated to Legg Calvé Perthes' disease (LCPD) were older than six years, presence or recurrence of two months or more and masculine sex. The LCPD presented in a 12 % of patients.

DeCS: HIP; SYNOVITIS; LEGG-PERTHES DISEASE

INTRODUCCIÓN

La sinovitis transitoria de la cadera (STC) es la causa más frecuente de dolor en la cadera en el niño. Es conocida por diferentes nombres como coxitis, cadera fantasma, cadera de observación y epifisitis transitoria, entre otras. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por dolor y claudicación a la marcha de la cadera afectada, la cual generalmente es de comienzo agudo y de corta duración, además de no demostrar cambios radiológicos en la epífisis femoral proximal. Algunos factores, de forma aislada o combinada, pueden ser los responsables de esta enfermedad: traumatismos, trastornos alérgicos y antecedentes de infección respiratoria alta.¹⁻³

En la práctica ortopédica diaria la STC puede presentarse asociada a la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes (ELCP), infecciones de la cadera, artritis reumatoidea y osteoma osteoide del cuello femoral. Debido a la escasa incidencia de estas tres últimas, la ELCP es la causa más común a descartar de la STC.⁴⁻⁶ En el año 1913 Perthes define la enfermedad que aún lleva su nombre como una condición no inflamatoria de curso limitado que afecta la epífisis femoral proximal con estadios de degeneración y regeneración los cuales llevan a la restauración

total o parcial del núcleo óseo. Cuando se analiza la relación entre STC y ELCP se pregunta si la STC es capaz de producir osteonecrosis como resultado del aumento de la presión intracapsular o puede ser simplemente la primera manifestación de la ELCP. Todos los trabajos revisados señalan que la STC es en ocasiones la primera manifestación de la ELCP y muy raramente constituye una causa demostrable.^{4, 7, 8}

En este trabajo se analiza la relación entre la STC y la ELCP debido a su gran similitud.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y explicativo en 50 pacientes diagnosticados y tratados por STC en el Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña de la ciudad de Camagüey en un período de seis meses, desde julio hasta diciembre del año 2002. El universo estuvo constituido por 50 pacientes diagnosticados y tratados por STC.

Su diagnóstico se realizó mediante los siguientes elementos clínicos: dolor, claudicación a la marcha con maniobra de Fabere Patrick positiva. El aumento en el receso anterior de la cadera afectó al compararlo mediante ultrasonido con el lado contralateral sano. La ELCP se diagnosticó por la recurrencia o persistencia de los elementos clínicos anteriormente descritos en la STC, además de la presencia de irregularidad en el contorno de la cabeza femoral detectada mediante ultrasonido diagnóstico y radiografía en vistas anteroposterior y lateral. El diagnóstico de ELCP se confirmó mediante gammagrafía ósea en todos los casos.

Los pacientes fueron atendidos por primera vez en el cuerpo de guardia y posteriormente seguidos en consulta hasta su alta definitiva. Se confeccionó una encuesta para recopilar la siguiente información: nombres y apellidos, edad, sexo, cadera afectada, posibles factores etiológicos, síntomas y signos, tiempo de recuperación, complicaciones y factores asociados a la enfermedad de Perthes. Para procesar la información se utilizó la estadística descriptiva.

RESULTADOS

Predominó de forma significativa el sexo masculino en el 68 % de los pacientes con respecto al femenino que presentó un 32 %. Los grupos de edades con mayor

incidencia fueron el de hasta 5 y de 6 a 10 años, con 50 y 34 %, respectivamente.

Tabla 1.

Tabla 1. Relación entre STC y ELCP según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hasta 5	18	36	7	14	25	50
6-10	11	22	6	12	17	34
11-15	5	10	3	6	8	16
TOTAL	34	68	16	32	50	100

Fuente: Encuesta

La cadera izquierda predominó discretamente sobre la derecha con un 54 %.

Entre los posibles factores etiológicos se encontró la infección respiratoria alta con un 46 %; alergia, 40 % y el trauma, 34 %.

El síntoma más encontrado fue el dolor y la claudicación asociados, en el 64 % de los pacientes; seguido de la claudicación y el dolor, con un 14 y 10 %, respectivamente. La maniobra de FABERE PATRICK fue el signo más encontrado en el 90 % de los casos. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución según síntomas y signos

Síntomas y Signos	Número	%
Dolor y claudicación	32	64
Claudicación	7	14
Dolor	5	10
Maniobra de Fabere	45	90
Atrofia del cuádriceps	6	12

Fuente: Encuesta

La recuperación de 10 a 15 d fue el tiempo que predominó hasta cinco años, representado por un 44 %.

De igual forma en ese grupo un 30 % sólo necesitó 10 d para recuperarse y más de 15 d fueron necesarios para la recuperación del 26 % de los pacientes. Tabla 3.

Tabla 3. Comportamiento según grupo de edades y tiempo de recuperación

Grupo de edades (años)	Recuperación (días)					
	Hasta 10		De 11-15		Más de 15	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hasta 5	9	18	12	24	4	8
6-10	4	8	6	12	7	14
11-15	2	4	4	8	2	4
TOTAL	15	30	22	44	13	26

Fuente: Encuesta

Las complicaciones más frecuentes fueron la persistencia de la claudicación y la recidiva, con 16 y 14 %, respectivamente. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de las complicaciones

Complicaciones	Número	%
Persistencia de la claudicación	8	16
Recidiva	7	14

Fuente: Encuesta

La ELCP se presentó en seis pacientes para un 12 %. Los factores asociados con más frecuencia a la ELCP fueron la edad mayor de seis años y la persistencia o recidiva de más de dos meses, con un 12 % cada una. El sexo masculino constituyó otro factor de peso, representado por un 10 %. Tabla 5.

Tabla 5. Factores asociados a la ELCP

Factores	Número	%
Seis años o más	6	12
Persistencia o recidiva de más de dos meses	6	12
Sexo masculino	5	10

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La proporción sexo masculino y femenino en nuestro estudio fue de 1.2 a 1, este resultado se corresponde con diferentes autores como Ryoppy,³ 2 a 1; Lotke,⁴ 2.6 a 1, y Kehl,⁶ 2 a 1. Los pacientes hasta 10 años de edad fueron los que más sufrieron de STC en este trabajo, lo cual coincide con lo planteado por Ferguson⁵ que demuestra en su estudio un predominio de la STC desde los 3 a 10 años de edad.

Aunque en nuestro estudio predominó directamente la cadera izquierda, la literatura revisada confirma que ambas caderas son afectadas en igual magnitud.^{6, 9}

El dolor y la claudicación asociados constituyeron los síntomas más importantes en pacientes con el diagnóstico de STC. Lo que guarda estrecha relación con lo planteado por Staheli¹ y Kehl.⁶ De igual manera la maniobra de FABERE PATRICK fue la de mayor porcentaje de sensibilidad, esto coincide con lo otros trabajos revisados.^{3, 10}

El tiempo de recuperación promedio en nuestros pacientes fue de 10 a 15 d, se relaciona con lo planteado por Lotke⁴ y Staheli,¹ con un predominio de recuperación de sus casos de dos a tres semanas. Es importante aclarar que el 74 % de nuestros pacientes se recuperaron antes de los 16 d y de este porcentaje un 42 % perteneció al grupo de edades hasta cinco años de edad. Quedó demostrado que mientras más pequeño es el niño más rápido es el tiempo de recuperación.¹¹⁻¹⁴

Dentro de las complicaciones que aparecieron en nuestro estudio, la persistencia de la claudicación y la recidiva fueron las más encontradas, esto coincide con lo señalado por Staheli,¹ y otros autores.¹⁵⁻¹⁷

Antes de entrar en el análisis de la relación STC y ELCP se debe recordar que existen dos formas de presentación de la ELCP, la potencial y la verdadera. En la forma potencial las fuerzas de estrés y cizallamiento no son lo suficientemente fuertes para causar la fractura del hueso subcondral debilitado por la isquemia, y en la forma verdadera ocurre todo lo contrario. De hecho, la forma potencial causa poco o ningún síntoma, y se convierte en la forma más difícil de diferenciar con respecto a la STC. La literatura reporta que de un 5-30 % de los pacientes con STC puede desarrollar en un momento determinado la ELCP. Dentro de los factores que pudieran estar relacionados se encuentra el sexo masculino, lo que se corresponde con Staheli¹ y Ferguson,⁵ quienes plantean que la enfermedad de Perthes predomina en este sexo. La presencia de recurrencia o persistencia hace pensar en la ELCP,⁵ muy similar con nuestros resultados. El promedio de

edades de los pacientes que sufren ELCP es relativamente mayor que los que tienen STC, lo que guarda relación con nuestro estudio respecto a que los niños con seis años o más de edad son un 12 % más susceptibles a padecer la ELCP. ¹⁸⁻²²

Desde del punto de vista estadístico esta incidencia aumenta considerablemente a medida que se suman los factores anteriormente descritos.

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino en la STC y la ELCP. Los niños hasta 10 años fueron los más afectados. Ambas caderas se afectaron en igual proporción. La infección respiratoria alta y la alergia fueron los factores etiológicos más encontrados en pacientes con STC. El dolor y la claudicación fueron los síntomas más frecuentes. La maniobra de Fabere Patrick fue el signo más encontrado. La mayoría de los pacientes con STC necesitaron de 10 a 15 d para recuperarse.

Mientras más pequeño es el niño más rápida es la recuperación en caso de STC. Las complicaciones más frecuentes fueron la persistencia de la claudicación y la recidiva a pacientes con STC. La mayor relación entre STC y ELCP se encontró en pacientes del sexo masculino con seis años de edad o más y persistencia o recidiva de dos meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Staheli LT. Practice of pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2001. p. 134.
2. Hyndman JC. Transient synovitis. En: Staheli LT. Pediatric orthopaedic secrets. Philadelphia: Hanley Belfus; 1998. p. 261-3.
3. Ryoppy S. Irritable hip. En: Benson MK, Fixsen JA, Macnicol MF. Children's orthopaedics and fractures. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994. p. 411-3.
4. Lotke PA. Soft tissue afflictions. En: Steinberg ME. The hip and its disorders. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 676-8.
5. Ferguson AB. Orthopaedic surgery in infancy and childhood. Baltimore: William Wilkins; 1982. p. 357-60.
6. Kehl DK. Transient synovitis. En: Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and winter's pediatric orthopaedics. 4 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1033-7.

7. Atsumi T, Yamano K, Muraki M, Yoshihara S, Yajihara T. The blood supply of the lateral epiphyseal arteries in Perthes' disease. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82(3):392-8.
8. Doris AS, Guarniero R, Godoy RM, Buchpiguel C, Modena M. Contrast enhanced power Doppler imaging: comparison with scintigraphic phases of revascularization of the femoral head in Legg-Calvé-Perthes disease. *J Pediatr Orthop* 2002;22(4):471-8.
9. Millis MB, Kocher MS. Hip, pelvis, and femur: pediatric aspects. En: Koval KJ. *Orthopaedics knowledge update 7. Am Acad Orthop Surg* 2002:391-2.
10. Kocher MS, Aurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence based on clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am* 1999;81(12):1662-70.
11. Herring JA. Perthes disease: natural history, results of treatment, and controversies. En: Bourne RB. *Controversies in hip surgery. Oxford University Press*; 2003;21-30.
12. Cherian SF, Laorr A, Saleh KJ, Kuskowski MA, Bailey RF. Quantifying the extend of femoral head involvement in osteonecrosis. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85(2):309-15.
13. Weinstein SL. Legg-Calvé-Perthes disease. En: Morrissy RT, Weinstein SL. *Lovell and winter's pediatric orthopaedics. 4 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven*; 1996. p. 951-92.
14. Erken HW, Katz K. Irritable hip and Perthes disease. *J Pediatr Orthop* 1999;10(3):322-6.
15. Skaggs DL, Tolo VT. Legg-Calvé-Perthes disease. *J Am Acad Orthop Surg* 1996;4(1):9-16.
16. Mata SG, Aicua EA, Ovejero AH, Grande MM. Legg-Calvé-Perthes disease and passive smoking. *J Pediatr Orthop* 2000;20(3):326-30.
17. Gigante C, Frizzero P, Torra S. Prognostic value of Catterall and Herring classification in Legg-Calvé-Perthes disease: follow up to skeletal maturity of 32 patients. *J Pediatr Orthop* 2002;22(3):345-9.
18. Guille JT, Lipton GE, Tsirikos A, Bowen JR. Bilateral Legg-Calvé-Perthes disease: presentation and outcome. *J Pediatr Orthop* 2002;22(4):458-63.
19. Lappin K, Kealey D, Losgrove A. Herring classification: how useful is the initial radiograph? *J Pediatr Orthop* 2002;22(4):479-82.
20. Herring JA. Legg-Calvé-Perthes disease. *Am Acad Orthop Surg* 1996;4(1):11-3.

21. Guille JT, Lipton GE, Stoke G, Bowen JR, Harcke HT. Legg-Calvé-Perthes disease in girls: a comparison of the result with those seen in boys. J Bone Joint Surg Am 1998;80(7):1256-61.

22. Neyt JG, Weinstein SL, Spratt KF, Ddan L, Dietz FR. Stulberg Classification System for evaluation of Legg-Calvé-Perthes disease: intra-rater and inter rater reliability. J Bone Joint Surg Am 1999;81(8):1209-13.

Recibido: 1 de septiembre de 2003

Aceptado: 27 de noviembre de 2003

Dr. Alejandro Álvarez López. Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba. escps@shine.cmw.sld.cu