

Relación entre sinovitis de cadera y enfermedad de Pérthes

DR. ALEJANDRO ÁLVAREZ LÓPEZ,¹ DR. ANTONIO PUENTES ÁLVAREZ² Y DRA. YENIMA GARCÍA LORENZO³

Álvarez López A, Puentes Álvarez A, García Lorenzo Y. Relación entre sinovitis de cadera y enfermedad de Pérthes. Rev Cubana Ortop Traumatol 2004;18(1)

Resumen

Se realizó un estudio de tipo observacional y explicativo en 50 pacientes diagnosticados y tratados por sinovitis transitoria de cadera 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 con el 68 % de los pacientes. Los grupos de edades de mayor incidencia fueron los de hasta 5 años y de 6 a 10 . Ambas caderas se afectaron por igual. Entre los posibles factores causales se encontró la infección respiratoria alta y la alergia. El síntoma más hallado fue el dolor y la claudicación asociados. La maniobra de FABERE fue positiva en el 90 % de los pacientes. El 44 % de ellos necesitaron de 10 a 15 días para recuperarse. La complicación más frecuente fue la persistencia de la claudicación, en el 16 %. Los factores asociados con la enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes fueron: la edad mayor de 6 años, la presencia o recidiva en 2 meses o más y el sexo masculino. Esta afección se presentó en el 12 % de los pacientes.

Palabras clave: Cadera; sinovitis; enfermedad de legg-calvé-pérthes; niño.

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

En la práctica ortopédica diaria, la sinovitis transitoria de cadera puede presentarse asociada a enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes (ELCP), infecciones de la cadera , artritis reumatoidea y osteoma osteoide del cuello femoral. Por la escasa incidencia de estas 3 últimas afecciones, la ELCP es la causa más común a descartar de la STC.⁴⁻⁶

En el año 1913, Pérthes define la enfermedad que lleva su nombre como una condición "no inflamatoria" de curso limitado que afecta la epifisis femoral proximal con estadios de degeneración y regeneración, los cuales conllevan la restauración total o parcial del núcleo óseo. Cuando se analiza la relación entre STC y ELCP puede surgir la

¹ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

² Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

siguiente interrogante: ¿es la STC capaz de producir osteonecrosis como resultado del aumento de la presión intracapsular o puede ser simplemente la primera manifestación de la ELCP? En opinión de muchos autores, como *Herring y Canale* por ejemplo, la STC es en ocasiones la primera manifestación de la ELCP, pero muy raramente constituye una causa demostrable.^{4,7,8} La gran similitud entre estas dos afecciones motivó la realización de este trabajo.

Métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional y explicativo. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes diagnosticados y tratados por sinovitis transitoria de cadera en el Hospital Pediátrico Provincial "Eduardo Agramonte Piña" de la ciudad de Camagüey en un período de 6 meses, desde julio hasta diciembre del año 2002.

Se analizó la relación STC y ELCP tomando como base las variables: edad y sexo, cadera afectada, posibles causas, síntomas y signos, tiempo de recuperación y la presencia de factores presentes en la STC que hacen pensar en el diagnóstico precoz de la ELCP.

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 obtener los datos de las variables enumeradas anteriormente. Para procesar la información se utilizó el método de estadística descriptiva.

Resultados

Predominó de forma significativa el sexo masculino con el 68 % de los pacientes. Los grupos de edades con mayor incidencia fueron el de hasta 5 años y el de 6 a 10 años con el 50 y 34 % respectivamente (tabla 1).

La cadera izquierda predominó discretamente sobre la derecha en el 54 % de los pacientes.

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

El síntoma más frecuente fue dolor y claudicación asociados, hallado en el 64 % de los

TABLA 1. Comportamiento según edad y sexo en pacientes con sinovitis transitoria de cadera

Grupo de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
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.

pacientes, seguido de la claudicación y el dolor con el 14 % y 10 % respectivamente. La maniobra de FABERE fue el signo predominante, 90 % de los pacientes (tabla 2).

TABLA 2. Distribución de los pacientes según síntomas y signos

Síntomas y Signos	No.	%
Dolor y claudicación	32	64
Claudicación	7	14
Dolor	5	10
Maniobra de FABERE	45	90
Atrofia del cuádriceps	6	12

Fuente: Encuesta.

El tiempo de recuperación en 10 - 15 días se obtuvo en el 44 % de los pacientes y predominó en el grupo de hasta 5 años. El 30 % de los pacientes solo necesitó 10 días para recuperarse y predominó igualmente en el grupo de edades hasta 5 años. Más de 15 días fueron necesarios para la recuperación del 26 % de los pacientes (tabla 3).

Las complicaciones más frecuentes fueron la persistencia de la claudicación y la recidiva, con el 16 y 14 % (8 y 7 pacientes) respectivamente.

TABLA 3. Comportamiento de la enfermedad según grupo de edades y tiempo de recuperación

Grupo de edades (años)	Recuperación (días)					
	Hasta 10		De 11-15		Más de 15	
	No.	%	No.	%	No.	%
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.

La enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes se presentó en el 12 % de los pacientes. Los factores asociados con más frecuencia a la ELCP fueron: la edad mayor de 6 años y la persistencia o recidiva de más de 2 meses con el 12 % cada una. El sexo masculino fue otro factor representativo con el 10 % (tabla 4).

TABLA 4. Factores asociados con la enfermedad de Legg-Calvé-Pérthes

Factores	No.	%
6 años o más	6	12
Persistencia o recidiva de más de 2 meses	6	12
Sexo masculino	5	10

Fuente: Encuesta.

Discusión

La proporción sexo masculino y femenino en el estudio realizado fue de 1,2 a 1 y resultado similar al de diferentes autores como *Ryoppy* (2 a 1), *Lotke* (2,6 a 1) y *Kehl* (2 a 1). Los pacientes hasta 10 años de edad fueron los más afectados de STC, lo que coincidió con lo informado por *Ferguson*, que muestra en su estudio un predominio de la STC en pacientes de 3 a 10 años de edad.^{4,6,9}

Aunque en el estudio predominó la cadera izquierda, la literatura revisada ha confirmado que ambas caderas son afectadas en igual magnitud.^{6,9}

El dolor y la claudicación asociados que fue el síntoma más importante en pacientes con diagnóstico de STC, guardó estrecha relación con lo planteado por *Staheli* y *Kehl*. De igual manera, la maniobra de *Fabere Patrick* fue la de mayor porcentaje de sensibilidad como plantea *Ryoppy* y se reafirmó en el presente trabajo.^{1,3,6,10}

El tiempo de recuperación promedio observado en los pacientes estudiados se relacionó con lo expuesto por *Lotke* y *Staheli* sobre el predominio de recuperación de sus pacientes en 2 - 3 semanas. Es de notar que el 74 % se recuperó antes de los 16 días y de este porcentaje el 42 % pertenecía al grupo de edades de hasta 5 años de edad, lo que indicó que mientras más pequeño es el niño más rápido es el tiempo de recuperación.¹¹⁻¹⁴ La persistencia de la claudicación y la recidiva se comportaron de modo similar a otros estudios, como los de *Staheli* y *Ferguson*.^{1,15-17}

Para realizar el análisis de la relación entre STC y ELCP debe recordarse que existen 2 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 presenta pocos o ningún síntoma, lo que la convierte en la forma más difícil de diferenciar con respecto a la STC. La literatura especializada informa que del 5 al 30 % de los pacientes con STC puede desarrollar en un momento determinado la ELCP. Entre los factores que pudieran estar relacionados se encontró el sexo masculino, y autores como *Staheli* y *Ferguson* señalan que la enfermedad de Pérthes predomina en este sexo. Según *Ferguson*, la presencia de recurrencia o persistencia hace pensar en la ELCP lo que se corroboró con los resultados del presente estudio.

El promedio de edad de los pacientes afectados de ELCP es relativamente mayor que los que tienen STC, ello se mostró en el presente estudio, puesto que los niños con 6 años o más de edad fueron el 12 % más susceptibles de padecer la ELCP:18-22. Desde el punto de vista estadístico esta incidencia aumenta considerablemente a medida que se suman los factores anteriormente descritos.

Pudo concluirse que mientras más pequeño es el niño más rápida es la recuperación de la sinovitis transitoria de cadera; que las complicaciones más frecuentes fueron la persistencia de la claudicación y la recidiva en estos pacientes y que la relación entre STC y ELCP se encontró más frecuentemente en pacientes del sexo masculino con 6 años o más y persistencia o recidiva de 2 meses.

Summary

An observational explanatory study of 50 patients, diagnosed with and treated for transient hip synovitis in "Eduardo Agramonte Piña" provincial pediatric hospital in Camaguey from July to December 2002, was made. Male sex prevailed significantly with 68 % of patients. Age groups of highest incidence were up to 5 years old and 6 to 10 years-old groups. Both hips were affected to the same extent. Among the possible causative factors, we found upper respiratory infection and allergy. The most found symptoms were pain and claudication. Fabere's maneuver was positive in 90 % of patients. 44 % of them required 10 to 15 days for their recovery. The most frequent complication was persistent claudication in 16 % of patients. The factors associated with Legg-Calvé Pérthes disease were over 6 years of age, relapse within 2 months or more and male sex. This disease was present in 12 % of patients.

Key words: Transient hip synovitis, Legg-Calvé-Pérthes disease.

Résumé

Une étude explicative et d'observation a été réalisée du mois de juillet au mois de décembre 2002 dans un groupe de 50 patients diagnostiqués et traités à cause d'une synovite transitoire de hanche à l'Hôpital pédiatrique provincial " Eduardo Agramonte Piña " à Camagüey. Le sexe masculin a été le plus significativement affecté avec 68 % des cas. Il y a eu une grande incidence chez les enfants âgés de moins de 5 ans et de 6 à 10 ans. Dans tous les cas, toutes les deux hanches étaient affectées. Parmi les causes possibles, on a trouvé une infection respiratoire et une allergie. Le symptôme le plus fréquent a été la douleur et la claudication associées. La manœuvre de FABERE a été positive dans 90 % des cas. Dont 44 % a eu besoin de 10 à 15 jours pour leur récupération. La complication la plus fréquente a été la claudication persistante dans 16 % des patients. Les facteurs associés à la maladie de Legg-Calvé-Pérthes ont été : l'âge (plus de 6 ans), la récurrence (pendant 2 mois ou plus), et le sexe masculin. Cette affection a été présente dans 12 % des cas.

Mots clés: Synovite transitoire de hanche, maladie de Legg-Calvé-Pérthes.

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-Pérthes 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 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: 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-Pérthes 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 Pérthes Disease. J Pediatr Orthop. 1999;10(3): 322-6.
15. Skaggs DL, Tolo VT. Legg-Calvé-Pérthes Disease. J Am Acad Orthop Surg 1996; 4(1):9-16.
16. Mata SG, Aicua EA, Ovejero AH, Grande MM. Legg-Calvé-Pérthes 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-Pérthes 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-Pérthes 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;2(4):479-82.
20. Herring JA. Legg-Calvé-Pérthes Disease. Am Acad Orthop Surg 1996;4(1):11-3.
21. Guille JT, Lipton GE, Stoke G, Bowen JR, Harcke HT. Legg-Calvé-Pérthes 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-Pérthes Disease: intra-rater and inter-rater reliability. J Bone Joint Surg Am 1999;81(8):1209-13.

Recibido: 20 de agosto de 2003. Aprobado: 20 de diciembre de 2003.

Dr. Alejandro Álvarez López, Calle 2da. No.2 esq. a Lanceros, La Norma. Camagüey, Ciudad 1, Cuba. CP70100. Email: SCPS@shine.cmw.sld.cu