

## ARTRITIS SEPTICA DE CADERA EN EL CENTRO DE REHABILITACION

\* Eros Cruz Sánchez

La artritis séptica de cadera constituye una enfermedad grave, destructiva e incapacitante, que por lo general es monoarticular. En los últimos meses hemos visto con preocupación el incremento de casos de artritis séptica de cadera en el Centro de Rehabilitación, que contrasta con los casos aislados que anteriormente solíamos tratar. Prueba de ello son los datos obtenidos por nosotros y que trataremos de presentar con la mayor fidelidad en este trabajo.

Por ejemplo, revisando los récords en nuestro bien organizado Departamento de Estadísticas, encontramos que desde Enero 1976 hasta junio 1977, llegaron 40 casos. Mientras que a partir de julio 1977 hasta marzo 1978 se diagnosticaron 38 casos.

PERIODO DE ESTUDIO : ENERO 1976 A JUNIO 1977	
NUMERO DE CASOS : 40	
<u>SEXO</u>	
Femenino	: 16
Masculino	: 24
Total	: 40
<u>EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD</u>	
0 -- 1 año	1 caso
1 -- 5 años	13 casos
5 - 15 años	21 casos
más de 15 años	4 casos
no determinado	1 caso
Total	40 casos

La mayoría de los casos que realmente necesita rehabilitación por lo general viene cuando solo con medidas paliativas podríamos ayudar en algo a rehabilitar una articulación tan importante como es la cadera. No es un

secreto que muchos pacientes que con frecuencia vemos en el Centro con un Brace de Thomas o una gran elevación compensatoria en un zapato ortopédico, son generalmente una secuela grave de una monoartritis séptica de cadera.

Por qué vienen al Centro de Rehabilitación los pacientes con lesión séptica de cadera? Trataremos de contestar esta pregunta.

La gran mayoría de nuestros casos estudiados son pacientes pobres del interior del país o provienen de unos de nuestros barrios marginados de la capital, que han tenido la oportunidad de ser atendidos por algún médico o tratado en un centro asistencial, pero no con la agresividad que requería el caso. Después de este tratamiento inicial el paciente continúa con molestias en su cadera y recurre a nosotros, a veces después de mucho tiempo, siendo el motivo de su consulta que tiene dificultad para la marcha.

Otro grupo de pacientes han soportado su enfermedad inicial solo con tratamientos caseros. También llegan tardíamente por lo general, siendo el motivo de consulta el mismo dolor en una de sus caderas al soportar el peso.

Lo ideal en esta grave lesión sería prevenirla. Nos preocupa el estar conscientes de que la profilaxis que debíamos hacer no es fácil.

La artritis infecciosa aguda es una enfermedad mucho más grave en los niños que en los adultos; las complicaciones que se derivan de ella también son mucho más frecuentes en los niños y por consiguiente, es mucho mayor la posibilidad de una grave incapacidad. Esto se explica en parte, por la diferencia en la anatomía y fisiología de la articulación entre los adultos y los niños.

En ambos casos, la cápsula articular cubre gran parte del cuello del fémur, que a su vez solo está cubierto por el retináculo. Puesto que el cuello no tiene un verdadero periostio, la infección puede propagarse en forma directa desde la articulación al cuello. En los lactantes y en los niños, la propagación de la infección es mucho más probable debido a que durante el período de crecimiento epifisario la circulación arterial en la metafisis es más activa y las arterias capsulares y epifisarias pasan a través de la zona infectada antes de llegar al cuello y a la epífisis.

Por consiguiente, es frecuente la invasión del cuello y de las epífisis, salvo en las infecciones leves o atenuadas. En efecto, es probable que en muchos casos la infección empiece en la epífisis y sea llevada a la articulación.

El drenaje de una cadera infectada es necesario mucho más a menudo en los lactantes y niños que en los adultos. Con frecuencia se observa la gravedad de esta infección en los lactantes y en los niños a pesar del empleo de los antibióticos.

El diagnóstico temprano y la pronta evacuación del pus

\* Ortopedista del Centro de Rehabilitación y del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo.

por aspiración o drenaje, son necesarios.

Algunos autores aconsejan el drenaje tan pronto como se realice el diagnóstico, especialmente en las infecciones esta filocócicas.

En los niños, durante el tratamiento conservador, la articulación debe inmovilizarse siempre en abducción, de preferencia mediante la tracción de Buck, para disminuir el peligro de una luxación patológica.

La artritis infecciosa bilateral ocurre con menos frecuencia y en ocasiones se asocia a infección de la columna vertebral, la aspiración o el drenaje de la articulación puede hacerse por vía anterior, posterior o externa. A veces hay que utilizar más de una vía, pues la infección invade las partes blandas y origina un absceso fluctuante que puede dirigirse en sentido posterior, anterior o externo.

Cuando los síntomas agudos han desaparecido por completo, se podrán determinar los contornos articulares mediante radiografías. Si se encuentra que la articulación es relativamente normal, se comienzan movimientos pasivos y activos y se continúan hasta recuperar una satisfactoria excursión de los movimientos. Si el hueso solo ha experimentado una lesión leve, la curación puede ocurrir en algunas semanas, con un buen resultado funcional. Pero si la destrucción ósea ha sido extensa, por lo común se continúa la inmovilización hasta que acontezca una sólida consolidación ósea de la articulación.

En los niños, aún después de una anquilosis ósea satisfactoria, más tarde puede desarrollarse una deformación en abducción y flexión, comprobándose que cuanto más joven sea el niño, más grande es la posibilidad de esta deformidad. Por consiguiente, más tarde puede requerirse una corrección mediante osteotomía trocantérica, posibilidad ésta que siempre debe informarse a los familiares.

#### COMPLICACIONES DE LA ARTRITIS INFECCIOSA AGUDA DE LA CADERA

1.— Luxación patológica; 2.— Absceso pelviano; 3.— Osteomielitis del cuello femoral; 4.— Osteomielitis del hueso ilíaco; 5.— Infección persistente.

#### TRATAMIENTO PARA LA INCAPACIDAD RESIDUAL DE LA CADERA

Después de la artritis infecciosa aguda de la cadera, el resultado ideal del tratamiento es la curación con recuperación total de los movimientos y poca o ninguna irregularidad de las superficies articulares. Tal resultado, antes raro, ahora es frecuente cuando se ve la enfermedad en su comienzo y se la trata en forma correcta; pero en ocasiones el resultado es malo, aún después del mejor tratamiento posible.

Las incapacidades residuales son frecuentes cuando el tratamiento se demora o es inadecuado. La incapacidad resultante por artritis infecciosa aguda puede originarse por una de las causas siguientes:

1.— Dolor: este puede deberse a la irregularidad de las superficies articulares o a una luxación patológica y ser lo

bastante intenso como para impedir el apoyo del peso del cuerpo.

2.— Anquilosis: parcial o total. Cuando la anquilosis es solo parcial, la función remanente se determina mediante el grado y dirección del movimiento que se haya conservado. Una pequeña incursión de movimiento indoloro pero en un arco funcional, es preferible a una excursión más grande en un arco no funcional.

3.— Deformación: la deformación más frecuente se encuentra en flexión y abducción. En los niños las caderas tienden a flexionarse y abducirse, aún cuando se haya producido una anquilosis ósea con la articulación en óptima posición. Una deformación en flexión y abducción en sí, solo puede ser incapacitante en extremo. Otra deformidad inca-

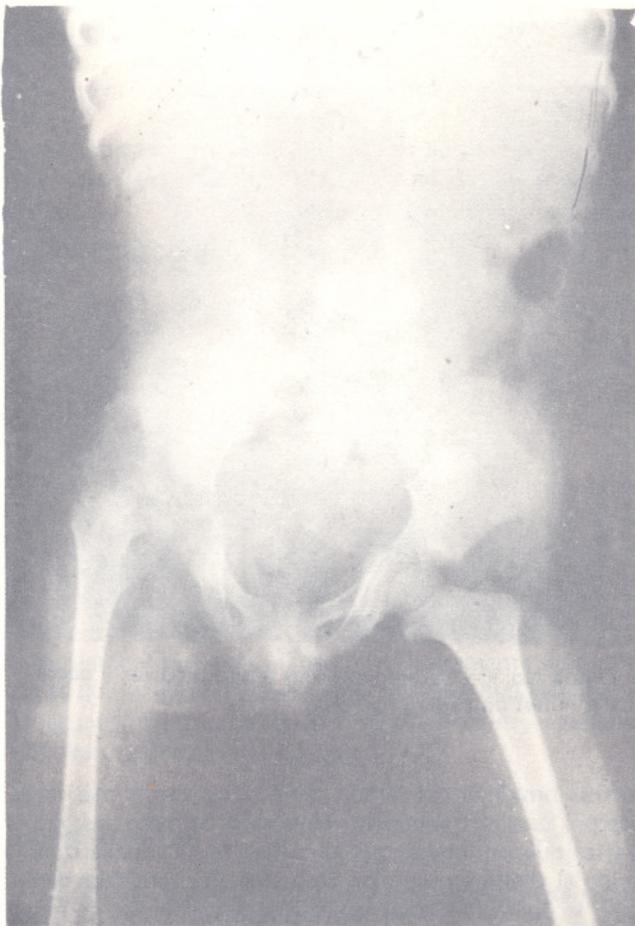


Figura No.2.— Lesión de cadera derecha con destrucción de estructuras óseas de la articulación.

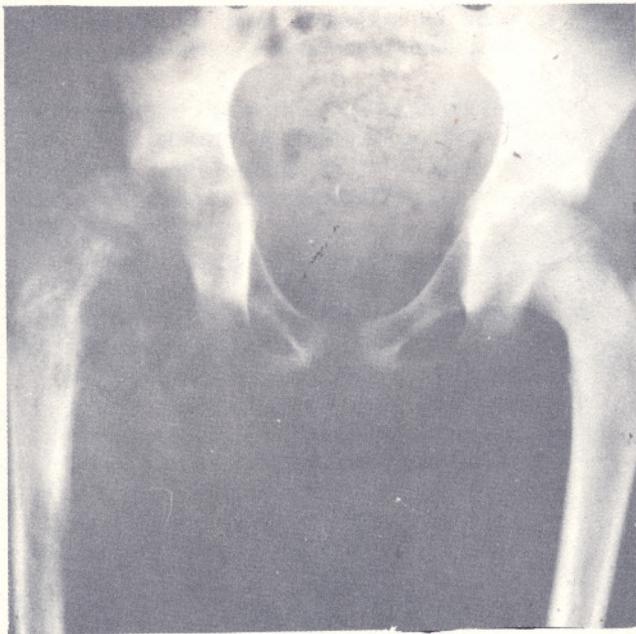
pacitante es el acortamiento del miembro afectado; por lo general se debe a la pérdida de hueso del extremo proximal del fémur o a una luxación patológica. Algunos autores han observado que la detención del crecimiento de la epífisis superior del fémur afecta muy poco a la longitud de la extremidad, aunque esto ocurra años antes de terminar el crecimiento.

4.— Inestabilidad: cuando un remanente de la cabeza y del cuello del fémur permanece en el acetábulo, la inesta-

bilidad puede no ser grave, pero cuando la cabeza y el cuello no existen y el trocánter y la diáfisis se desplazan en sentido proximal, por encima del ala ilíaca, la inestabilidad puede resultar lo bastante grave como para impedir el apoyo de peso.

No deben realizarse operaciones reconstructivas hasta meses y a veces años después de desaparecer la infección. Existen varias razones para esta demora: 1.— Se reduce el peligro de reactivación de la antigua infección. Si la artritis se complicara con una osteomielitis, se requiere aún más cautela.

2.— Una radiografía de la cadera realizada durante la fase subaguda de la enfermedad puede revelar aparente necrosis avascular y posiblemente una separación parcial de la



**Figura No.3.— Osteomielitis en tercio superior y cuello del fémur en cadera derecha.**

epífisis proximal del fémur, pero varios meses más tarde, siempre que el tratamiento haya sido correcto, las radiografías pueden indicar que la epífisis se ha vascularizado y unido al cuello en posición aceptable. Por ésto debe demorarse la operación hasta que pueda determinarse de modo definitivo el estado de la epífisis.

3.— Después de meses o años, es factible que hayan ocurrido alteraciones de tal naturaleza en el hueso que aumenten las posibilidades de un éxito post-operatorio; para este tiempo la densidad y el crecimiento es posible

que hayan vuelto a ser relativamente normales, que los abscesos o cavidades hayan desaparecido y el hueso necrótico haberse revascularizado.

## TRATAMIENTO

Hemos practicado un sin número de operaciones indicadas en las deformaciones, así como para estabilizar la cadera; en algunas oportunidades hemos tenido que hacer reoperación de la cadera.

Cada una de estas técnicas producen resultados aceptables, pero nunca ni siquiera cerca del funcionamiento de una cadera normal.

## CONCLUSIONES:

- 1.— Las lesiones sépticas de cadera, son más frecuentes en los niños que en los adultos; así mismo sus complicaciones tempranas y tardías son más severas.
- 2.— La mayoría de los pacientes que llegan al Centro de Rehabilitación con esta enfermedad, son niños que acuden generalmente en fase tardía donde muy poca cosa le podemos ofrecer.
- 3.— Queríamos llamar la atención de todos aquellos que de una forma u otra tienen que ver con el estado agudo de la enfermedad (Pediatras, Ortopedas, médicos generales, etc.). Pensar en esta entidad, es el mejor medio para hacer un diagnóstico temprano y por ende un tratamiento también temprano y adecuado.
- 4.— Lo ideal para combatir esta terrible enfermedad sería prevenirla. Profilaxis, educación, buena higiene y nutrición de nuestra masa pobre, algo todavía difícil de conseguir en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Campbell Operative Orthopedic — 4ta. Edición 1974  
Memphis, Ten.  
Intermédica.
- 2.— Tachdjian — Ortopedia Pediátrica — 1ra. Edición 1972  
Sanders Company  
Filadelfia.
- 3.— Watson Jones — Fracturas y Traumatismos Articulares —  
4ta. Edición 1967  
Editorial Salvat  
Argentina.
- 4.— E. Cave, V. Burke, Robert Boyd — Trauma Management —  
1ra. Edición 1974  
Year Book Medical Publishers, Inc.  
35 East Wacker Drive  
Chicago.