

Coxa vara congénita o infantil

Dres. **HEBER MOTTA** y **MARIO SCHIMCHAK ***

Se denomina coxa vara la disminución del ángulo de inclinación de la extremidad superior del fémur, el cual puede ser de entidad variable. Este ángulo se modifica normalmente en el curso de los años, desde un valor de 148° al primer mes a 125 a 128° al terminar el crecimiento.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Aprovechamos esta Mesa Redonda para insistir sobre un tema del cual hay poca información y que no obstante tiene características especiales que la definen del punto de vista clínico, radiológico y con caracteres evolutivos que ponen de manifiesto la necesidad y la oportunidad del tratamiento.

CLASIFICACION

La coxa vara congénita o infantil entra dentro del amplio capítulo de las coxa vara del niño. En base a la clasificación de Amstod exponemos una clasificación que nos parece muy práctica.

De esta clasificación se desprende que hay un grupo de coxa vara asociadas a disturbios generalizado del crecimiento en el cual la coxa vara es una manifestación más y quizás no la de mayor trascendencia; y hay otro grupo debido a alteraciones de la extremidad superior del fémur casi exclusivamente, en la cual la coxa vara constituye una de las manifestaciones más importantes o la de más jerarquía como es el caso de la coxa vara infantil, y sobre la cual se centra el tratamiento.

CLINICA

En la coxa vara con fémur curvo y con fémur corto, pensar en la posibilidad de la coxa vara es fácil frente al acortamiento marcado del miembro inferior, aún cuando este gran acortamiento puede ser la expresión de otras entidades nosológicas que la evolución pondrá de manifiesto, como es el caso de la agenesia congénita de la extremidad superior del fémur. Dentro de las coxa vara congénitas, estos dos tipos son su expresión mayor de gravedad. En ellas es poco lo que puede hacerse del punto de vista terapéutico, salvo ajustar una prótesis adecuada por el acortamiento tan importante que generalmente determinan.

La sintomatología de la coxa vara congénita pura o aislada (infantil o del desarrollo para algunos autores) se reduce a la que es debida a las modificaciones de la extremidad superior del fémur. Se manifiesta clínicamente por cojera cuando es unilateral y "marcha de pato" cuando es bilateral. La maduración motora es normal y el comienzo de la marcha

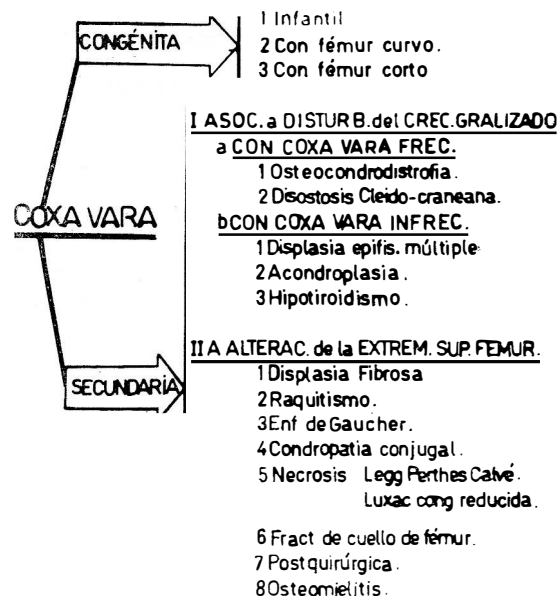
no está retrasada, hecho a destacar a diferencia de la luxación congénita de cadera, que también cojea desde que inician la deambulación, pero que retardan el inicio de la marcha.

Hecho a destacar: la coxa vara es indolora clínicamente en casi toda su evolución. El dolor comienza cuando aparecen complicaciones como puede ser la artrosis secundaria a una incongruencia articular.

Al examen uno de los signos característicos es la limitación de la abducción de cadera. Esta limitación de la abducción, con la atención que se busca ahora para despistar precozmente las mioplasias de cadera en el lactante, es posible que nos permita el diagnóstico de la coxa vara congénita en ese período, si es que la coxa vara congénita da síntomas radiológicos a esa edad.

Otro elemento del examen es la limitación de la rotación interna, maniobra semiológica que junto a la abducción de cadera es capaz de poner en el camino del diagnóstico de muchas afecciones de la cadera. La limitación de la abducción se debe al cierre del ángulo vorticodifisario y la limitación de la rotación interna a la disminución del ángulo de declinación o incluso su inversión determinando una retroversión del cuello femoral, hecho frecuente en la coxa vara congénita.

Otro signo clínico de gran valor es el ascenso del trocánter mayor no acompañado del signo del vacío del triángulo inguinocrural (como se ve en la luxación



* Médico de Guardia del Instituto de Traumatología y Ortopedia, y Colaborador de la Cátedra de Traumatología y Ortopedia. Fac. Med. Montevideo.

Fig. 1.— Clasificación de la coxa vara del niño.

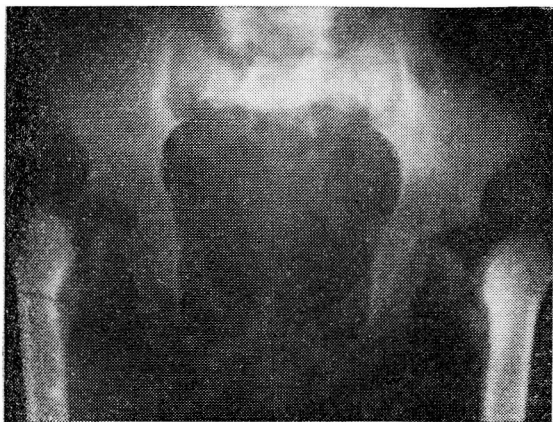


FIG. 2.—Coxa vara en niño de 6 años. Cartilago de conjugación ancho y vertical.



FIG. 3. Coxa vara a izq. en niño de 4 años. Imagen típica de cartilago en Y invertida.

congénita), en el cual habitualmente se siente la cabeza del fémur.

En los casos bilaterales, se observa un aumento de la lordosis lumbar, compensadora de la inclinación anterior de la pelvis, la que se debería a la retroversión del cuello femoral.

RADIOLOGIA

Vamos a insistir en los signos radiológicos de la coxa vara congénita infantil. Los elementos radiológicos de la caxa vara congénita con fémur curvo y con fémur corto, son muy evidentes.

El hecho fundamental lo constituye el cierre del ángulo cervicodiafisario.

Las alteraciones radiológicas más importantes radican en el cuello del fémur. Consisten en alteraciones de la longitud del cuello y de la orientación del cartilago de crecimiento entre otros caracteres anatomoradiológicos.

El cuello del fémur es más corto que normalmente.

El cartilago de crecimiento es francamente más vertical que lo que corresponde a la edad, aunque teniendo en cuenta que aquél se verticaliza con el desarrollo. Este signo es muy evidente y es necesario destacarlo para el diagnóstico. Este cartilago es además ancho, de bordes irregulares y en muchos casos presenta la imagen de una Y invertida, con un frag-

mento triangular en el borde inferior que se ve sobre todo en los primeros años. A posteriori esta imagen tiende a desaparecer, por cierre de la rama externa de la Y.

En la radiografía de perfil se aprecia por lo general una disminución del ángulo de declinación en grados variables que puede llegar incluso a la retroversión del cuello.

El núcleo trocantérico aparece normalmente y en virtud del cierre del ángulo cervicodiafisario es más alto. Con el correr de los años sigue ascendiendo si la severidad de la coxa vara progresa. Se va alargando en las formas graves y puede llegar a contactar con el ala ilíaca, otro hecho que puede limitar mecánicamente en algunos casos la abducción de la cadera.

En la mayoría de los casos la epífisis aparece en época normal o sea entre el 5 y 9 mes de vida y con una forma más o menos normal con pequeñas variaciones. Pero no hay trastornos en la estructura de dicha epífisis. Con el correr de los años y en la medida que la coxa vara progresa, entonces sí aparecen modificaciones en dicha epífisis que se atrofia en su sector inferior y toma la forma de un pico de pájaro cuya cabeza está representada por el resto de la epífisis. Es una imagen muy típica.

El cotilo se presenta en las primeras etapas del desarrollo como un cotilo normal. Con el correr de los años, en las formas severas de coxa vara pueden aparecer alteraciones secundarias del cotilo.

ETIOPATOGENIA

Es desconocida y se han dado numerosas teorías. Lo más aceptado, por lo menos hasta estos últimos años, ha sido su origen congénito. Sería la forma clínica más benigna de una entidad patológica más amplia (disgenesias focales de la extremidad supe-



FIG. 4.—Coxa vara en niño de 10 años. Alteraciones de la epífisis y del cotilo.

rior del fémur), que comprende sus aspectos más graves las formas con fémur curvo y las gravísimas con fémur corto. De estas dos últimas formas no hay duda de su origen congénito y al nacer ya hay signos radiológicos que permiten el diagnóstico. De la llamada coxa vara infantil sin embargo no hay documentos radiológicos que aseveren indudablemente su origen congénito, sea porque realmente no es congénita o porque la experiencia aún limitada en este tema no ha permitido despistar documentos tan precoces.

Más de una comunicación reciente, refieren casos con coxa vara que tienen todos los caracteres de la llamada coxa vara congénita y de los cuales por razones fortuitas existen documentos radiológicos anteriores con la extremidad superior del fémur normal. Estos hechos hablan muy en favor de que estas formas sean adquiridas y de allí la insistencia de algunos autores en llamarla infantil o del desarrollo.

EVOLUCION

Hay distintas formas evolutivas que dependen de su gravedad.

Hay formas mínimas que pasan asintomáticas durante toda la niñez y son un hallazgo radiológico cuando por cualquier motivo se saca una radiografía y se encuentra un ángulo cervicodiafisario de menor valor.

Hay formas clínicas más manifiestas que consultan por lo general por cojera en la niñez y en las cuales encontramos un cierre del ángulo cervicodiafisario, un cuello corto y ancho, el cartilago de conjugación verticalizado y a veces la imagen típica triangular. Frente a este caso la actitud médica debe ser la vigilancia periódica del niño, siguiendo la evolución de esa coxa vara que puede evolucionar hacia la curación espontánea o agravarse progresivamente.

Y finalmente los casos severos que de entrada son reconocidos con un ángulo cervicodiafisario vecino a los 90° y en los cuales dejados evolucionar espontáneamente van a exagerar el acortamiento de su miembro inferior, se va a ver la deformación de la epifisis femoral con atrofia de su sector inferior como ya fue descrito y aparecer en los casos graves, alteraciones secundarias del cotilo. Es decir el cotilo pierde su contorno normal, se hace plano y oblicuo y permite incluso la subluxación. Sin llegar a esto último, la incongruencia articular derivada de la oblicuidad del cotilo puede terminar en una coxaartrosis.

Algunas de estas últimas formas graves con alteraciones del cotilo, son las que llegadas a la adolescencia pueden presentar dolor.

TRATAMIENTO

De lo antedicho se deduce que hay coxas vara que dejadas evolucionar espontáneamente van a la curación. ¿Cómo preverlas? Son coxa vara en las que el ángulo cervicodiafisario es mayor de 110°; donde el cartilago de crecimiento es poco verticalizado y el ángulo epifisario es menor de 30°. De todas maneras la vigilancia radiológica debe ser la norma en este tipo clínico.

Hay otras formas en cambio en donde de entrada o en la evolución el ángulo cervicodiafisario es menor de 110° y el cartilago de crecimiento es muy vertical, muy irregular y ancho. En esos casos la progresividad es la norma. La única conducta a plantear es la quirúrgica. ¿Cuándo y cómo?

Habitualmente la intervención se plantea alrededor del quinto o sexto año. Consiste en una osteotomía

valguizante tipo Scaglietti que es una osteotomía intertrocanterica que bascula el fragmento superior hasta hacer contactar su cortical externa con la cara cruenta del fragmento inferior.

En los casos de muy severa coxa vara, se puede plantear la intervención en edades más precoces, incluso alrededor de los 3 años.

Dos argumentos se plantean en contra de la precocidad de la intervención. En primer lugar que aún actuando a distancia del cartilago de conjugación en la osteotomía intertrocanterica, se ve con cierta frecuencia el cierre precoz del cartilago de crecimiento. El segundo argumento es que cuando la intervención es muy temprana se corre el riesgo de la recidiva, lo cual sin embargo tendría el único inconveniente de obligar a una nueva intervención.

Existe otro método de tratamiento, la epifisiodesis del trocánter mayor, que consiste en el cierre quirúrgico de su cartilago de crecimiento. Método descrito por Langenskiöld en el año 1967 y realizado en 109 casos de coxas vara, 30 casos de coxas vara infantil y 79 casos de coxas vara secundaria; según los autores con buen resultado.

Nosotros no podemos aportar experiencia personal con esta técnica por haber tenido oportunidad de realizarlo solamente en un caso que está en evolución. Es una técnica sencilla y que está aconsejada en los casos de coxa vara moderada, pero evolutivas en el estudio radiológico seriado.

RESUMEN

A propósito de la coxa vara infantil se ha expuesto una clasificación etiológica de las coxa vara del niño, que creemos permite orientarse con relativa facilidad frente a los distintos tipos de este síndrome.

No se está en condiciones aún de afirmar su origen congénito o adquirido.

La radiografía es definitiva en el diagnóstico. La verticalización del cartilago es característica y de valor tanto diagnóstico como pronóstico. El aspecto radiográfico de la cabeza y del cotilo en las primeras etapas son normales. En los casos graves pueden aparecer alteraciones secundarias del cotilo.

El tratamiento debe ser precoz. En los casos severos la indicación es la osteotomía valguizante tipo Scaglietti; en los casos moderados la epifisiodesis del trocánter mayor tipo Langenskiöld.

RÉSUMÉ

En ce qui concerne la coxa vara infantile nous avons présenté une classification étiologique qui, croyons-nous, permet de s'orienter avec une relative facilité dans les divers types de ce syndrome.

Nous ne sommes pas encore à même d'affirmer que la maladie est d'origine congénitale ou acquise.

La radiographie est définitive dans le diagnostic. La verticalisation du cartilage est caractéristique et significative tant du point de vue diagnostique que pronostique. L'aspect de la tête et de la cotyle est normal dans les premières étapes. Dans les cas graves, des altérations secondaires de la cotyle peuvent apparaître.

Le traitement doit être précoce. Dans les cas sérieux l'ostéotomie valguisante, de type Scaglietti, est indiquée. Dans les cas modérés: épiphysiodesis du grand trochanter type Langenskiöld.

SUMMARY

There is an etyologic classification of infantile coxa vara which permits a relatively easy approach to the different manifestations of this syndrome.

Present knowledge is as yet insufficient and it has not been established whether this disease is of congenital or acquired origin.

A roentgenogram is conclusive in a diagnostics.

The vertical cartilage is characteristic and it has both a diagnostic or a prognosis value.

The radiographic aspect of the head and hip are normal in the first stages. In seroius cases some secondary disturbances of the hip may appear.

The treatment must be made early. In severe cases valguisante osteotomy Scaglietti type is indicated; in mild cases, epiphyseodesis of the greater trochanter as performed by Langenskiöld.
