

Tratamiento de las secuelas de la artritis séptica de la cadera

Dr. Luis Gómez Velázquez,* Dr. Luis Néstor Gómez Espinosa**

Hospital "Victorio de la Fuente Narváez", IMSS, México, DF.

RESUMEN. El tratamiento de las secuelas de la artritis séptica en los niños es muy discutido y variará de acuerdo a cada secuela ortopédica, así como a la edad del paciente. Las secuelas es posible tipificarlas en diferentes grados de acuerdo a los hallazgos clínicos y radiológicos. Así, las variables clínicas que deben de tomarse en cuenta son: dolor, acortamiento clínico de una extremidad, deformidad e inestabilidad articular, todo lo anterior, correlacionado con la edad, para establecer un plan de tratamiento a corto y mediano plazo. Nosotros proponemos una nueva clasificación de las secuelas de la artritis séptica de la cadera, que se comparará con la de Hunka ya establecida desde 1982.

Palabras clave: artritis séptica, complicaciones, tratamiento.

SUMMARY. Current treatment for piogenic arthritis sequelae in the hip is controversial since damage can vary according to the severity of the disease and the clinical and X-ray picture at the time of diagnosis. Head points that must be considered are: limb shortening, joint instability, deformity and pain. As a result, a treatment plan for mid and long term must be established as well. An original classification is proposed in comparison to the Hunka criteria of 1982.

Key words: arthritis, infection, complication, therapy.

La artritis séptica continúa siendo en la actualidad un padecimiento de alta incidencia, a pesar de contar con métodos clínicos y paraclínicos que permiten la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento inmediato y adecuado.

La artritis séptica ataca especialmente al recién nacido y al lactante, más aún cuando los medios lo propician, como sucede en los países subdesarrollados que por sus condiciones socioeconómicas condicionan: desnutrición, malas condiciones de higiene etc., que provoca las bajas defensas orgánicas del paciente, así como los medios para la coexistencia de procesos infecciosos a diferentes niveles que ponen en peligro la vida y dificultan su tratamiento en especial a nivel osteoarticular.¹

El médico que valore estos casos en la etapa aguda quizás quede satisfecho el haber salvado la vida al paciente, pero debe estar totalmente consciente que las secuelas pueden ser tan devastadoras que no sólo repercutan en el aspecto funcional y estético, sino también provoquen alteraciones biopsicosociales del paciente y de su entorno. Debe señalarse que la artritis séptica representa la única urgencia en ortopedia pediátrica. La mortalidad en

estos casos es de menos de 3%, pero las secuelas serán proporcionales en relación al inicio del tratamiento y en la eficacia del tratamiento establecido.⁹

Se podría suponer que con el uso de los antimicrobianos se ha logrado dominar el problema, pero en la práctica diaria, existe el uso indiscriminado de estos medicamentos, lo que origina un aumento en la resistencia de los diferentes gérmenes, dificultando así su tratamiento.³ Es indispensable el drenaje quirúrgico en las primeras 24 horas, el cual en un buen número de ocasiones es diferido o no se realiza, lo que da lugar al enorme daño del pus, desde el punto de vista compresivo o enzimático para los componentes articulares.²

La articulación más dañada es la cadera, la cual por sus características anatómicas y funcionales es muy lábil ante el proceso infeccioso, dando lugar a severas lesiones;^{5,9} pero en general, el ortopedista, cuando se enfrenta a una secuela de artritis séptica debe valorar diversos factores para planear el tratamiento como serían: la edad del paciente, la articulación afectada, el daño funcional y estético, para lo cual se requiere clasificar desde el punto de vista clínico y radiológico la lesión en sí, tomando en cuenta la proporción de ese daño, en relación a los componentes articulares y en especial al daño fisiario. Con ello, se podrá dar una idea de que tipo de tratamiento realizará, el cual debe ser de acuerdo a cada caso en especial, y que irá siempre en concordancia al crecimiento de ese paciente, instituyendo diversos tratamientos que permitan minimizar estas secuelas, aportando las opciones de tratamiento más radicales al término de su crecimiento, con la finalidad de la máxima reintegración de las actividades del paciente a la vida cotidiana.^{6,9}

* Secretario del Comité de Ortopedia Pediátrica de la SMO.

** Cirujano Ortopedista del Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez"

Dirección para correspondencia:

Dr. Luis Gómez Velázquez

Baja California No. 275-101, Col. Roma

CP 06700, México, DF.

Nuestro objetivo general es analizar las secuelas de artritis séptica en el niño y nuestros objetivos específicos son mostrar una clasificación clínico/radiológica de las secuelas de artritis séptica en el niño, de acuerdo a la anterior, señalar el tratamiento a realizar en cada caso y señalar el pronóstico de estos pacientes de acuerdo a la clasificación propuesta.

El tratamiento de las secuelas de la artritis séptica en los niños es muy discutido y variará de acuerdo a cada secuela ortopédica, así como a la edad del paciente.^{6,9} Las secuelas será posible valorarlas de acuerdo a diferentes grados, tomando en cuenta variables clínicas y radiológicas.

Así, las variables clínicas que deben tomarse en cuenta son: dolor, acortamiento clínico, deformidad, inestabilidad articular y es básico correlacionarlas con la edad para determinar el tratamiento a realizar.

El dolor: es la secuela más constante en los pacientes con más compromiso en la articulación, siendo éste de diferente intensidad de acuerdo al daño de lesión o incongruencia articular residual y que conduce a proceso degenerativo a corto o mediano plazo.

El acortamiento del miembro afectado: generalmente secundario a la lesión fisiaria, o al daño de los componentes articulares, o a la incongruencia articular, o de tipo mixto, cuando involucra a todas.

La deformidad articular: la cual puede ser de componentes blandos por contractura muscular, siendo la más frecuente la contractura en flexión y la cual puede combinarse de acuerdo a la posición antálgica que tomó la articulación en fase aguda, como por ejemplo en cadera, será frecuente valorar la contractura en flexión, aducción y rotación medial, y que conduce al compromiso óseo, representado por la coxa valga, anteversa y en forma progresiva a la subluxación y luxación.

La inestabilidad articular: que es consecuencia de la pérdida parcial o total de los componentes articulares, provocando subluxación o luxación y que da lugar a compromiso en el arco de movilidad de la articulación, de acuerdo al daño correspondiente, comprometiendo con ello la función del miembro afectado.

Las variables radiológicas que deben tomarse en cuenta por lo tanto serán: el daño epifisiario, el daño fisiario, el daño metaepifisiario, la congruencia articular, el acortamiento radiológico.

En esta forma podría clasificarse una secuela de artritis séptica en los siguientes tipos:

Tipo I: daño epifisiario de menos del 50%.

Tipo II: daño epifisiario de toda la epífisis, sin daño fisiario.

Tipo III: Cuando se agrega daño a la fisis.

Tipo IV: Cuando se agrega daño metafisiario que da lugar a una subluxación.

Tipo V: Cuando lo anterior, provoca una completa luxación.

Hunka, Salvatti, Said (1982), proponen para las secuelas de artritis séptica de cadera la siguiente clasificación (*Cuadro 1*):⁸

Tipo I: Cambios femorales mínimos o ausentes.

Tipo II (A): Deformidad de la cabeza femoral sin daño fisiario.

Tipo II (B): Deformidad de la cabeza femoral con fusión prematura de la fisis.

Tipo III: Pseudoartrosis del cuello femoral.

Tipo IV (A): Destrucción completa de la epífisis femoral proximal con un segmento estable del cuello.

Tipo IV (B): Destrucción completa de la epífisis femoral, con un segmento inestable del cuello.

Tipo V: Destrucción completa de la cabeza y cuello hacia la línea intertrocanterica, con luxación de la cadera.

Con la clasificación propuesta puede organizarse el material adecuadamente y enfatizar los problemas que podrían encontrarse en el manejo de estos pacientes, así como señalar el pronóstico correspondiente, es decir, manejar el consentimiento informado, que es el derecho que tienen los pacientes de conocer el diagnóstico integral, los tipos de tratamiento a que será sometido, con riesgos de los mismos, valorar el resultado y pronóstico correspondiente. Con ello, se evitaría las graves demandas a que estamos sometidos más frecuentemente en nuestra práctica diaria profesional. Se reitera que cada caso debe considerarse en forma particular y que siempre exigirá un amplio conocimiento y experiencia sobre la ortopedia pediátrica.

De acuerdo a la clasificación propuesta para las secuelas de la artritis séptica, el tratamiento a realizar será:

Para el tipo I: A nivel de miembros torácicos no requiere ningún tratamiento en especial; a nivel de miembros pélvicos, el tratamiento es conservador, que consiste en evitar que suba de peso ponderal, realizar actividades deportivas y evitar la sobrecarga, localizada. Necesariamente el pronóstico a largo plazo, son los cambios de tipo degenerativo de la articulación. A partir de este tipo debe valorarse que las secuelas serán más graves desde el punto de vista funcional en los miembros pélvicos, pues en miembros torácicos, en parte es sustituida la función con la ayuda de otras articulaciones, como sucede en la articulación glenohumeral. En miembros pélvicos, además siempre habrá el compromiso de la asimetría, dada por la deformidad ósea o la lesión fisiaria. Además, deberá valorarse y corregir primero la deformidad a nivel de partes blandas y después enfocar el tratamiento a nivel de partes óseas.

Para el tipo II: Es indispensable valorar el acortamiento del miembro pélvico afectado. Por lo que debe prescribirse en los primeros años, alza al calzado. Valorar la necesidad de un tratamiento quirúrgico para la corrección de discrepancia de miembros pélvicos, ya sea con un alargamiento óseo, o una epifisiodesis contralateral.

A mediano plazo, valorar la necesidad de artroplastia femoral.

Para el tipo III: Aquí, es indispensable valorar en todo momento el severo acortamiento del miembro pélvico afectado, para lo cual, también en los primeros años del paciente, la prescripción del alza del calzado y valorar posteriormente

Cuadro 1. Clasificación de las secuelas de la artritis séptica de cadera en el niño.

Tipo	Característica	Tratamiento
I	Cambios femorales mínimos	Ningún tratamiento, sólo evitar el sobrepeso corporal.
IIA	Deformidad de la cabeza femoral con fusión prematura de la fisis.	Evitar el sobrepeso corporal, alza al calzado y en caso necesario mantener la estabilidad de la cadera, mediante osteotomías de ilíaco de cobertura.
IIB	Deformidad de la cabeza femoral con fusión prematura de la fisis.	Los problemas con el varo o valgo del cuello femoral deben ser corregidos mediante osteotomías de alineación; también se presenta el sobrecrecimiento del trocánter mayor que da lugar a tope para la abducción o desequilibrio muscular, por lo que debe valorarse la trocantereoplastia, con lo que mejorará ostensiblemente el brazo de palanca del glúteo medio y se ha visto la remodelación de la coxa brevis existente en estos casos.
III	Pseudoartrosis del cuello femoral	La pseudoartrosis es difícil de manejar, pues en general, no responden a la aplicación de injerto óseo. Hunka recomienda que se reseque el fragmento de cabeza femoral, para convertir una secuela tipo III a V y con ello permitir la artroplastía de esa cadera.



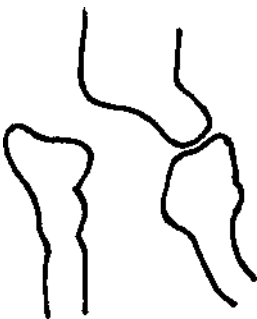
IV A



Destrucción completa de la epífisis femoral proximal con un segmento estable del cuello.

Aquí hay en especial el sobrecrecimiento trocántero, para lo cual es útil la transposición distal del trocánter mayor.^{4,7} En algunos casos es recomendable valorar además osteotomías de centraje.

IV B



Destrucción completa de la epífisis femoral proximal, con un segmento inestable del cuello.

La osteotomía de centraje y osteotomía ilíaca tipo Salter o Chiari, pueden ayudar a retrasar los severos cambios de tipo degenerativo, para que finalmente se realice artroplastía total de cadera.

V



Destrucción completa de la cabeza y cuello hacia la línea intertrocanterica, con luxación de la cadera.

La artroplastía trocánterica, que consiste en una osteotomía en varo de esta porción, suficiente para asentar el trocánter mayor en el acetábulo, que es limpiado de los tejidos necróticos o de la fibrosis existente. Los abductores de la cadera son transferidos distalmente para mejorar el brazo de palanca de los mismos. Se completa con la tenotomía del psoas ilíaco.

la elongación ósea, la epifisiodesis contralateral o incluso un tratamiento mixto.

Debe contemplarse la necesidad de sustitución protésica a mediano plazo.

Para el tipo IV: Debe valorarse la necesidad de abordaje quirúrgico, para reducción o de osteotomías de centraje, combinadas todo ello, siempre con el tratamiento quirúrgico referido para la discrepancia de miembros pélvicos.

Las alteraciones óseas o de tejidos blandos, posiblemente lleven a la necesidad de artrodesis al término del crecimiento, que den mejores condiciones funcionales, que una artroplastía.

Para el tipo V: Se combina todo el tratamiento señalado, de tratar de reducir o centrar en lo más posible esa articulación, así como darle estabilidad en lo más posible; de corregir la discrepancia de los miembros pélvicos; de brindar al máximo la función requerida para las actividades de la vida diaria.

Quizás, este tipo de paciente requiera durante su crecimiento diversas cirugías, para lograr en lo máximo obtener la función que le permita resolver sus actividades de la vida diaria y al término del crecimiento, valorar la estabilización de la articulación o esperar a mayor edad para la sustitución protésica correspondiente.

Cuadro 2. Artritis séptica. Niveles de prevención.

Período prepatogénico	Período patogénico	Período postpatogénico		
Agente: en recién nacidos: Gram negativos; estafilococo dorado. Lactante, preescolar y escolar: estafilococo dorado, estreptococo, <i>hemophilus influenzae</i> , etc. Huésped: Niño con bajas defensas orgánicas, con presencia de infección en cualquier porción de la economía. Ambiente: Generalmente con malas condiciones de higiene o deficiente atención del niño por parte familiar. Inadecuado estudio y tratamiento por parte médica.	Clínica: Fiebre, severo ataque al estado general, con datos de toxiinfección. Actitud: antálgica del miembro; edema, hiperemia, rubor de la articulación; fístula de drene de exudado. Curación. Muerte	Complicaciones: Destrucción de partes blandas y óseas por diagnóstico tardío o tratamiento inadecuado. Cronicidad		
Niveles de prevención de la artritis séptica				
Prevención: Primaria		Secundaria	Terciaria	
1er nivel	2º nivel	3er nivel	4º nivel	5º nivel
Promoción de la salud. Dar a conocer el problema en forma masiva y mejorar las condiciones generales de salud de la población. Capacitación médica continua para el médico.	Protección específica Cuidados específicos del niño por parte de la familia. Evitar el uso indiscriminado de antimicrobianos. Capacitación médica continua para el médico.	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Laboratorio: leucocitosis, neutrofilia, formas jóvenes, VSG elevada. Positividad al germen. Rx: aumento de partes blandas; distensión capsular, osteopenia, destrucción ósea, en lapso de horas. Manejo: Punción articular. Artrotomía. Antimicrobianos, inmovilización adecuada.	Limitación del daño clasificando la secuela. Tratamiento conservador. Tratamiento quirúrgico: Liberación de partes blandas. Osteotomías de fémur y pelvis. Artroplastías. Artrodesis. Elongaciones óseas o epifisiodesis contralateral.	Rehabilitación física y en caso necesario apoyo psicológico.

Para las secuelas de artritis séptica de cadera, Hunka y Salvatti, proponen los siguientes tipos de tratamiento, de acuerdo a su clasificación:⁸

Tipo I: Ningún tratamiento en especial, sólo evitar el aumento de peso corporal.

Tipo II A: En la cuales hay una deformidad de la cabeza femoral, evitar el sobrepeso corporal, alza al calzado y en caso necesario mantener la estabilidad de la cadera, mediante osteotomías de iliaco de cobertura.

Tipo III B: Los problemas con el varo o valgo del cuello femoral deben ser corregidos mediante osteotomías de alineación; también se presenta el sobrecrecimiento del trocánter mayor que da lugar a tope para la abducción o desequilibrio muscular, por lo que debe valorarse la trocantereoplastía, con lo que mejorará ostensiblemente el brazo de palanca del glúteo medio y se ha visto la remodelación de la coxa brevis existente en estos casos.^{4,7}

Tipo III: La pseudoartrosis encontrada en el cuello femoral es extremadamente difícil de manejar, pues en general, no responden a la aplicación de injerto óseo. Hunka recomienda incluso, que se reseque el fragmento de cabeza femoral, para convertir una secuela tipo III a V y con ello permitir la artroplastía de esa cadera.

Tipo IV A: Aquí hay en especial el sobrecrecimiento trocantérico, para lo cual es útil la transposición distal del trocánter mayor.^{4,7} En algunos casos es recomendable valorar además osteotomías de centraje.

Tipo IV B: La osteotomía de centraje y osteotomía iliaca tipo Salter o Chiari, pueden ayudar a retrasar los severos cambios de tipo degenerativo, para que finalmente se realice artroplastía total de cadera.

Tipo V: Donde hay destrucción completa de la cabeza femoral y el cuello con luxación de la cadera, recomiendan estos autores, la artroplastía trocantérica, que consiste en una osteotomía en varo de esta porción, suficiente para asentar el trocánter mayor en el acetábulo, que es limpiado de los tejidos necróticos o de la fibrosis existente. Los abductores de la cadera son transferidos distalmente para mejorar el brazo de palanca de los mismos. Se completa con la tenotomía del psoas ilíaco.

En todos los casos debe valorarse la discrepancia de longitud de los miembros pélvicos, mediante alargamientos óseos, epifisiodesis femoral distal contralateral o el tratamiento en forma mixta, de acuerdo a la severidad de cada caso.

Como se valora, las secuelas de artritis séptica van en relación a la prontitud del tratamiento y eficacia del mismo

en la fase aguda. Es por ello, que más importante que enfrentarnos a esta grave problemática, debe ser, el dar a conocer el problema en forma masiva, para que la familia tenga los adecuados cuidados al niño, así como mejorar las condiciones generales de salud en la población. De capital importancia es la educación médica continua, que es considerada como un proceso por medio del cual el médico se pone al tanto de los avances conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina y de manera particular, en la rama que cultiva el capacitar óptimamente al médico de primer nivel para que realice el diagnóstico precoz de estos casos, para que sea inmediata la intervención del ortopedista que permita descomprimir esa articulación y con ello salvarla de las devastadoras complicaciones que se presentan en estos casos (*Cuadro 2*).

El ortopedista desde el primer momento deberá plantear a los padres del niño, el consentimiento informado, es decir, señalar el diagnóstico integral, los tipos de tratamiento a realizar, los riesgos de los mismos y el pronóstico, pues en todos estos casos, representa un verdadero reto su tratamiento

y un posible mal pronóstico que repercutirá en la esfera biopsicosocial del paciente.

Bibliografía

1. Borella L. Septic arthritis in childhood. J Ped 1963; 62: 742.
2. Curtiss PH. The pathophysiology of joint infections. Clin Orth 1973; 96:129.
3. Chacha PB. Suppurative arthritis of the hip joints in infancy. JBJS 1971; 53 A: 538.
4. Dal Monte A. Throchantereoplasty in treatment of infantile septic arthritis of the hip. Ital J Orth Traumat 1984; 10:145.
5. Dan M. Septic arthritis in young infants: Clinical and microbiologic correlations and therapeutic implications. Rev Inf Dis 1984; 6: 147.
6. Fabry G. Septic arthritis of the hip in children: pour results after late and inadequate treatment. J Ped Orth 1983; 3: 461.
7. Freeland AE. Greater trochanteric hip arthroplasty in children with loss of the femoral head. JBJS 1980; 62A: 1351.
8. Hunka L et al. Classification and surgical management of the severe sequelae of septic hips in children. Clin Orth 1982; 171: 30.
9. Tachdjian MO. Ort Ped. De Interam 2ª De 1990: 1540.

