

11245  
2 ej' 62

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios Superiores  
Curso de Especialización en  
Ortopedia y Traumatología  
Hospital de Ortopedia y Traumatología  
"Magdalena de las Salinas"  
I. M. S. S.

ANALISIS DE LA ETIOLOGIA DE LA COXALGIA EN  
PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA  
MAGDALENA DE LAS SALINAS

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA

P R E S E N T A :

**DR. JOSE ANTONIO MORALES MONTEMAYOR**



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**I N D I C E        :**

- I)                    JUSTIFICACION.**
  
- II)                   ANTECEDENTES CIENTIFICOS.**
  
- III)                  HIPOTESIS.**
  
- IV)                  OBJETIVOS.**
  
- V)                    DISEÑO EXPERIMENTAL.**
  
- VI)                   RESULTADOS.**
  
- VII)                  CONCLUSIONES.**
  
- VIII)                BIBLIOGRAFIA.**

## I) JUSTIFICACION:

La Cadera es un elemento articular cuya Patología particular --mente frecuente y original le confiere un papel privilegiado en la organización locomotora, asegurando la unión del miembro inferior al tronco. Es elemento determinante de la postura erguida y de la marcha bipodálica. Esta misma queda disminuida cuando un elemento coxofemoral queda o resulta dañado y se vuelve imposible cuando estas articulaciones se bloquean. Desde el nacimiento hasta su completa maduración, la cadera conoce una larga evolución dirigida por numerosos factores, todos especiales en su armonía. La lesión de un solo componente, engendra obligadamente una perturbación inicial o precoz, pero la restauración -- será mucho mejor cuanto antes comience su tratamiento.

En el servicio de Pediatría del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, hemos encontrado un número muy significativo de Coxalgias, en pacientes pediátricos, lo que dificulta en ocasiones el llegar a un diagnóstico de certeza de primera intensidad, lo que requiere de varios estudios y un largo periodo de tiempo para llegar a él. Mediante este estudio daremos a conocer las causas más frecuentes de Coxalgia en el niño, los diferentes métodos e ayudas diagnósticas para llegar a conocer su etiología y se analizarán los resultados obtenidos en el manejo de los pacientes afectados. Dada su etiología múltiple, es prioritario unificar los criterios para el diagnóstico, y como son padecimientos frecuentes y que se ven en este Hospital, permiten

que el estudio sea factible y con la ayuda de gabinete no es --  
vulnerable el estudio.

## II) ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Coxalgia en el niño es una patología que se puede presentar por diversas causas etiológicas, englobando un sinúmero de padecimientos que pueden traer como consecuencia serios trastornos en la articulación coxofemoral afectada.

H. Carty et al en 1984 menciona que las causas de dolor agudo de la cadera son numerosas e incluyen Enfermedad de Legg Calvé Perthes, Artritis Séptica, Lesiones musculares, Fracturas y avulsiones, Tumores , y mas comunmente debido a Sinovitis Inespecifica. (2).

Los antecedentes mas importantes referentes a cada padecimiento los podemos ir desarrollando y/o relacionando de la manera siguiente;

### SINOVITIS INESPECIFICA:

La Sinovitis Inespecifica de la cadera es conocida desde 1892 en que Covett y Morse la reportaron. Referido por Kallio (5). Ferguson y Howorth en 1934 la aceptan como una enfermedad auto-limitante de etiología desconocida. Referido por Kallio (5).

#### ARTRITIS SEPTICA:

Plemister en 1924 incubó cartilago articular con pus de infección bacteriana demostrando que el cartilago articular habia sido digerido en 3 a 24 hrs. Mencionado por Tachdjian (8).

En 1928 en el Hospital de St. Mary de Londres Inglaterra Fleming observó que uno de sus cultivos de Estafilococo se habia contaminado con un hongo y que las bacterias cercanas a las manchas del hongo se ligaban. Fleming lo denominó Penicilina, por que el hongo que la producía pertenecía al genero Penicillium. Los primeros pacientes graves se trataron en 1941. Este gran descubrimiento vino a dar un gran auge a la era de los antibióticos y al tratamiento de las infecciones bacterianas. Mencionado por Bowman y Rand (1).

Los estudios de Curtis y Klein in vivo en 1963 demostraron que la pérdida de colágena era requisito previo para la destrucción visible del cartilago articular. Referido por Tachdjian (8).

Balter en 1971 menciona que en el recién nacido y lactante menor puede desarrollarse una Artritis Séptica que presente muy pocas manifestaciones clínicas, aparte de la irritabilidad del niño (7).

Gambert en 1974 menciona que el 60% de las infecciones osteoarticulares durante el primer año de vida corresponden a la cadera. 8 a 10 % son bilaterales, y su asociación a otras infecciones sépticas agregadas llega al 25%. Mencionado por Fous (6).

Tachdjian menciona en su tratado de Ortopedia Pediátrica de -

1976 que la Artritis supurativa aguda o séptica es una inflamación articular causada por gérmenes formadores de pus. Que ocurre en todos los grupos de edad, pero se observa de manera primordial en lactantes y niños de uno a dos años. Y la articulación de la cadera es la más comunmente afectada (8).

#### ENFERMEDAD DE LEGG CALVE PERTHES:

La Osteocondritis primitiva de la cadera ha sido abundantemente estudiada desde su descripción en 1910 por Legg en Estados Unidos de Norteamérica, Perthes en Alemania y Cami simultáneamente por Calvé en Francia. Fue en un principio relacionada a partir de gran grupo de lesiones tuberculosas o congénitas. Referido por Foua (6).

Kallio menciona en 1956 que la anatomía vascular que aporta el riego sanguíneo a la epífisis femoral proximal, corre intrarticularmente y también subisoviamente y es vulnerable a aumento de presión intracapsular y bloqueo. Corroborando los estudios de Trueta en 1957, Bassett et al en 1969, Ogden 1974 y Chung en 1976. En estudios animales (Tachdjian y Gross en 1968, Kim en 1981, Launder, Hungerford y Jones en 1981 y Lunc et al en 1983) han mostrado que un aumento de la presión intrarticular severa interfiere con el aporte sanguíneo de la epífisis femoral proximal, lo que puede traer como consecuencia necrosis de la epífisis, que puede ser valorable semanas o meses después (4,5)

En 1978 Wayne y Goraley en un estudio de 350 niños con Legg -- Calvé Perthes reportaron que la enfermedad ocurre mas frecuentemente en niños de 3 a 6 años. Referido por Thompson y Salter (7).

En 1986 Thompson y Salter reportan que la raza negra presenta una baja incidencia de Perthes (7) , corroborado por Jaffe (3).

#### DESPLAZAMIENTO DE LA EPIFISIS FEMORAL CAPITAL:

Bajo el erróneo termino de Coxa Vara de los adolescentes, la Epifisiolistasia femoral capital ha sido a menudo descrita en el estado de sus secuelas, ya que fué largo tiempo desconocida y mal interpretada en su evolucion inicial (Informe de Kirmisson en 1913 y Huc en 1930). Referido por P<sup>u</sup>us (6).

En 1921 Key menciona que en la adolescencia el periostio que cubre la placa epifisaria se atrofia y adelgaza y tiende a producir un punto de debilidad de la placa epifisaria. Referido por Tachdjian (8).

Ponseti y McClistock sugirieron en 1956 un trastorno en el metabolismo proteico como causa de aflojamiento entre la placa epifisaria y el cuello femoral. Referido por Tachdjian (8).

Harris en 1950 refiere un trastorno endócrino relacionado con la Hormona del crecimiento y Hormonas sexuales. Referido por Tachdjian (8), corroborado por Pons (6).

Ponseti en 1956 y Howorth en 1966 refieren que el desplazamiento

de la epifisis femoral capital ocurre en la capa de células -  
cartilaginosas adyacente a la zona de cartilago calcificado de -  
la placa epifisaria. Referido por Tachdjian (8).

III) HIPOTESIS:

El estudio sistematizado precoz del niño con coxalgia ayuda a determinar la causa etiológica y con ello un tratamiento específico adecuado con lo que disminuye el índice de secuelas funcionales.

#### **IV) OBJETIVOS:**

- 1) Analizar la casuística del servicio de Pediatría del --- Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas.**
  
- 2) Corroborar las bases fundamentales para el manejo y estudio integral del niño con Coxalgia en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas.**
  
- 3) Conocer los estudios de gabinete y laboratorio necesarios para orientarse hacia el Diagnóstico de la Coxalgia en el niño, para determinar su Etiología.**
  
- 4) Analizar las causas de aciertos y fallas en el Diagnóstico y Tratamiento de los pacientes con Coxalgia en el servicio de Pediatría.**
  
- 5) Propener un estudio sistematizado y preciso en el niño -- con Coxalgia aguda.**

## V) DISEÑO EXPERIMENTAL.

### MATERIAL Y METODOS:

Se efectuara un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, de expedientes clinico-radiográficos, de pacientes adscritos al Servicio de Pediatría del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, portadores de dolor en la articulación coxo-femoral, en el periodo comprendido de Enero de 1987 a diciembre de 1987. El Universo de estudio se encuentra representado por 25 pacientes, 15 del sexo femenino y 10 del sexo masculino. 15 pacientes correspondieron a Sinovitis Inespecifica, 6 a Artritis Séptica, 2 a Fracturas de Cadera y 2 a Deslizamiento Epifisiario Femoral Proximal.

Se incluyen pacientes de 0 a 15 años con Coxalgia, con expediente del Archivo del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas correspondientes a 1987.

Se excluyen todo paciente que estando dentro del protocolo de estudio no tenga estudio suficiente o estos sean deficientes para el diagnóstico de Coxalgia. Así mismo los que cumpliendo con los requisitos de criterio de inclusión fallecen, cambian de adscripción en el Instituto Mexicano del Seguro Social, o son trasladados a otros Hospitales.

Al ingresar un paciente con Coxalgia, es captado en el Servicio de Urgencias y se le realiza Historia clínica completa. Se coloca en reposo. Después se realizan los estudios de laboratorio-

## V) DISEÑO EXPERIMENTAL.

### MATERIAL Y METODOS:

Se efectuara un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, de expedientes clinico-radiográficos, de pacientes adscritos al Servicio de Pediatría del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, portadores de dolor en la articulación coxofemoral, en el periodo comprendido de Enero de 1987 a diciembre de 1987. El Universo de estudio se encuentra representado por 25 pacientes, 15 del sexo femenino y 10 del sexo masculino. 15 pacientes correspondieron a Sinovitis Inespecifica, 6 a Artritis Séptica, 2 a Fracturas de Cadera y 2 a Deslizamiento Epifisiario Femoral Proximal.

Se incluyen pacientes de 0 a 15 años con Coxalgia, con expediente del Archivo del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas correspondientes a 1987.

Se excluirán todo paciente que estando dentro del protocolo de estudio no tenga estudio suficiente o estos sean deficientes para el diagnóstico de Coxalgia. Así mismo los que susplende con los requisitos de criterio de inclusión fallecen, cambian de adscripción en el Instituto Mexicano del Seguro Social, o son trasladados a otros Hospitales.

Al ingresar un paciente con Coxalgia, es captado en el Servicio de Urgencias y se le realiza Historia clínica completa. Se coloca en reposo. Después se realizan los estudios de laboratorio-

como son Biometría Hemática con cuenta de leucocitos y diferencial y cuantificación de la Velocidad de Sedimentación Globular.

Después solicitamos radiografía anteroposterior de pelvis. Si los datos clínicos, de laboratorio y gabinete son sugestivos de Artritis Séptica se decide llevar a Cirugía para realizar Artrotomía evacuadora y posteriormente se realizan estudios de líquido sinovial, consistentes en frotis, cultivo y antibiograma y se instala inmediatamente tratamiento antimicrobiano. Si persiste la duda diagnóstica se ingresa al paciente al servicio de Pediatría en donde es colocado inicialmente en tracción cutánea del miembro pélvico afectado, y se iniciara su estudio correspondiente. En la Sinovitis Inespecífica es una enfermedad autolimitante de pocos días de evolución, cediendo al término de la enfermedad la sintomatología dolorosa de la articulación coxofemoral. Los estudios radiográficos son de importancia en la enfermedad de Legg Calvé Perthes ya que aportan datos de cambios en la epifisis femoral proximal según la etapa evolutiva en que se encuentre -- (Descritas por Tachdjian) (8). En los pacientes con deslizamiento epifisiario femoral proximal y en las fracturas y a -- vulsiones también los estudios radiográficos son la base para llegar al Diagnóstico .

Analizaremos los expedientes de los pacientes pediátricos -- con Coxalgia, los cuales se encuentren en el Archivo del Hos-

pital de Traumatología Magdalena de las Salinas.

Los parámetros que se estudiarán en los pacientes a su ingreso al servicio serán; La edad del paciente, el sexo, cadera afectada, el tiempo de evolución del dolor a su ingreso. Asociación con procesos infecciosos en otros órganos o aparatos de la economía corporal. El tiempo de estancia intrahospitalaria y tratamientos efectuados.

De los Exámenes de laboratorio se valorará la Biometría Hemática con su Hemoglobina y conteo de Leucocitos. Así mismo se realizará el estudio de Velocidad de Sedimentación Globular.

También se valorará el estudio de Gamagrafía en los pacientes a los que se les solicitó, en el Centro Médico La Raza.

## VI) RESULTADOS:

En el período comprendido de Enero a Diciembre de 1987, los pacientes que presentaron Coxalgia, en el servicio de Pediatría - del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas fueron - un total de 25, de los cuales 15 correspondieron a Sinovitis Inespecífica ( 60% ), 6 a Artritis Séptica ( 24% ), 2 por Deslizamiento Femoral Proximal ( 7% ) y 2 por Fractura Transcervical de Cadera ( 7% ). Todos estos pacientes fueron estudiados y manejados en nuestro servicio.

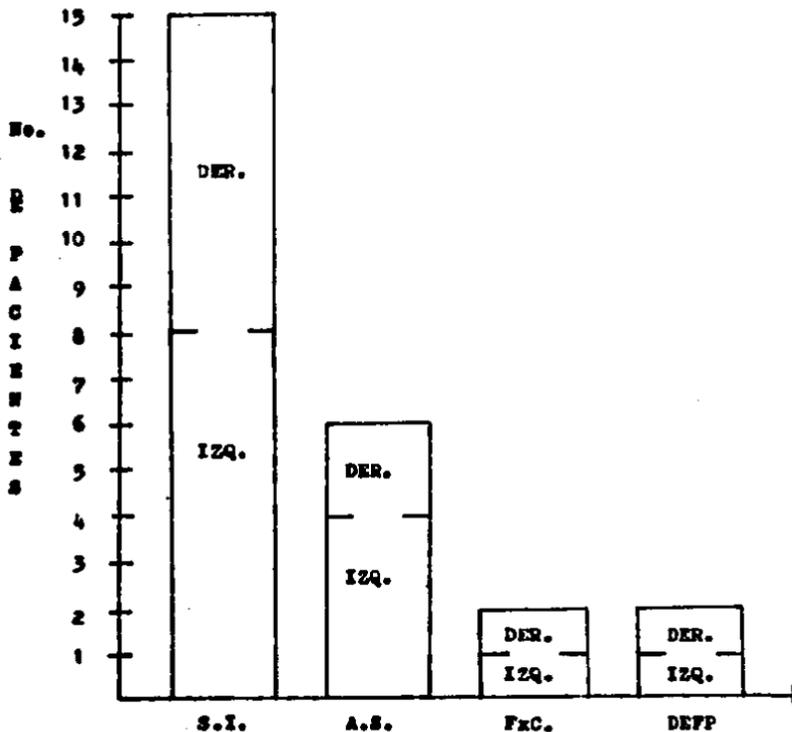
Aunque hay otras causas ya establecidas de Coxalgia en el niño , como son Enfermedad de Legg Calve Perthes, Padecimientos Reumáticos y Tumores, estos no se encontraron en los expedientes clínicos revisados. Generalmente estos pacientes son derivados hacia el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas por parte de las Clínicas periféricas y Hospitales Generales de Zona.

Describiremos los hallazgos y estudios en los pacientes, correspondientes a cada padecimiento específicamente.

### SINOVITIS INESPECÍFICA:

Fueron 15 pacientes los estudiados con el Diagnóstico de Sinovitis Inespecífica, 9 del sexo femenino y 6 del sexo masculino. -- Sus edades fluctuaron de 1 a 13 años. Fueron 2 Lactantes Menores, 2 Lactantes Mayores, 5 Escolares y 6 Adolescentes. Con un promedio de edad de 7.7 años. De las caderas afectadas 8 fueron-

**ETIOLOGIAS DE LA COXALGIA Y RELACION CON LA CADERA AFECTADA**



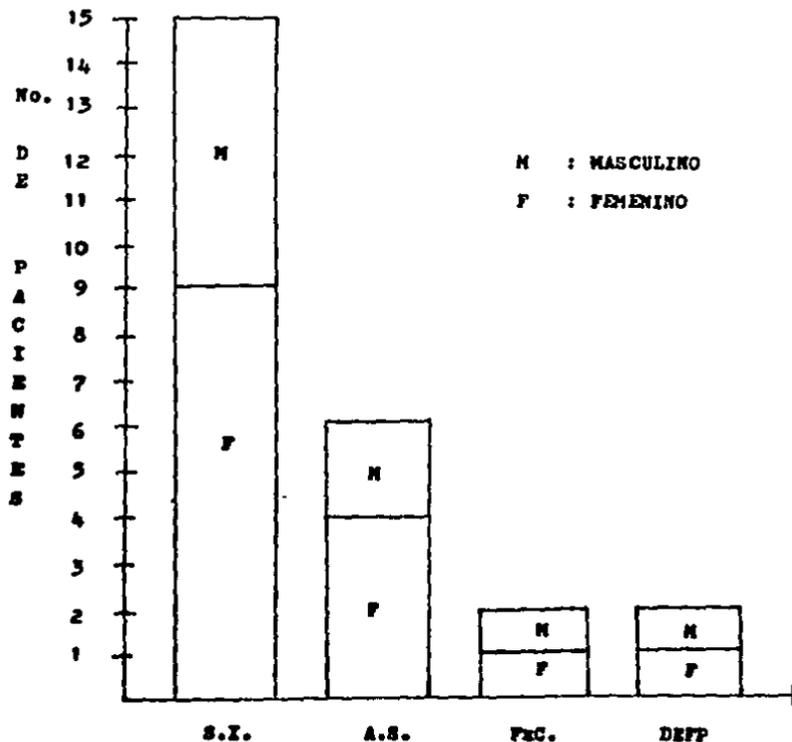
**S .I. : SINOVITIS INESPECIFICA**

**A. S. : ARTRITIS SEPTICA**

**Fx C. : FRACTURAS DE CADERA**

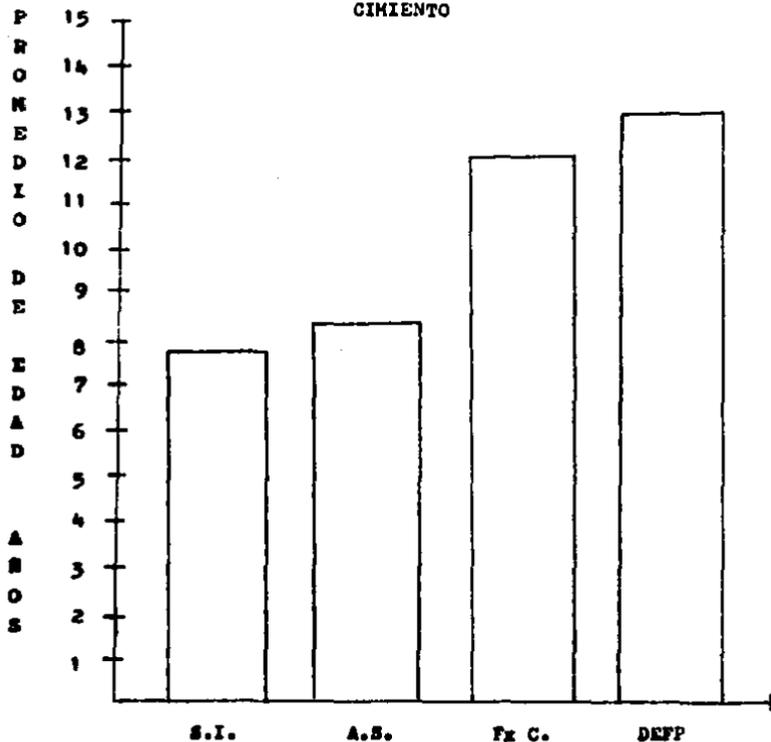
**DEFP : DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO FEMORAL PROXIMAL.**

RELACION DE LA COXALGIA CON EL SEXO DE LOS PACIENTES:



S.I. : SINOVITIS INESPECIFICA  
 A.S. : ANTRITIS SEPTICA  
 FrC. : FRACTURAS DE CADERA  
 DEFP : DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO FEMORAL PROXIMAL

RELACION DE LA COXALGIA CON EL PROMEDIO DE EDAD DE CADA PAD\*  
CIMIENTO



S.I. : SINOVITIS INESPECIFICA

A.S. : ANTRITIS SEPTICA

FxC. : FRACTURAS DE CADERA

DEFP : DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO FEMORAL PROXIMAL

izquierda y 7 derechas. Se investigó el tiempo de evolución -- del dolor en la articulación coxofemoral desde su inicio hasta -- la presentación del paciente en el servicio de Urgencias, encontrándose un promedio de 4.1 días de evolución, siendo el máximo de 12 días y el mínimo de 1 día. En 8 de estos pacientes al interrogatorio inicial se reportó fiebre, ataque al estado general y en los pacientes Lactantes irritabilidad, y en los restantes 7 pacientes solo Coxalgia.

En los estudios de laboratorio se encontró en la Biometría Hemática; Una Hemoglobina promedio de 11.5 g/dl, siendo la mínima de 9.7 g/dl y la máxima de 14.2 g/dl . Los leucitos con un promedio de 12 250 por  $\text{mm}^3$  , con una mínima de 5 700 por  $\text{mm}^3$  y una leucocitosis máxima de 28 350 por  $\text{mm}^3$  . Se solicitó en todos -- los pacientes Velocidad de Sedimentación globular con un promedio de 35 mm/hr, con una máxima de 52 mm/hr y una mínima de -- 12 mm/hr.

En 5 pacientes se solicitó Gamagrafía de la Cadera afectada al -- Centro Médico La Raza, reportándose en todos proceso inflamatorio agudo inespecífico. De los 15 pacientes, 9 presentaban a su ingreso antecedentes de cuadros infecciosos recientes en otros -- órganos de la economía corporal, 5 con Infección de Vías Respiratorias Altas, 2 con Gastroenteritis, Una infección de Vías -- Urinarias y Una con Artritis séptica de rodilla derecha.

A 6 pacientes a su ingreso en el servicio de Urgencias, se les llevó a Quirofano, realizándoseles Artrotomía de Cadera , la --

cual dió como resultado inflamación capsular, obteniéndose líquido sinovial de características macroscópicas normales. A uno de éstos pacientes, se le realizó Artrotomía evacuadora de Rodilla la cual fué positiva.

10 Pacientes fueron manejados con antibióticos combinando Penicilina o Diclloxacilina con Gentamicina.

La evolución de todos los 15 pacientes fué satisfactoria, cediendo la sintomatología dolorosa y volviendo a desarrollar una --marcha y/o movilidad articular de características normales.

El tiempo de estancia intrahospitalaria fue en promedio de 9.2 días, con una mínima de 3 días y una máxima de 23 días de hospitalización.

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

## ARTRITIS SEPTICA DE CADERA:

Fueron 6 pacientes los estudiados con Diagnostico de Artritis -- Séptica de Cadera en niños, 4 correspondieron al sexo femenino y 2 al sexo masculino. Sus edades fluctuaron entre 9 meses y 13 - años, con un promedio de 8.3 años; Fué un Lactante Menor, 3 Es - colares y 2 adolescentes. De las Caderas afectadas 4 fueron iz - quierdas y 2 derechas. Se investigó el tiempo de evolución del - dolor en la articulación coxofemoral, desde el inicio de pre -- senciencia hasta su ingreso del paciente al servicio de Urgen --- cias, encontrandose un promedio de 12.8 días, con una mínima de un día de evolución y una máxima de 60 días. Todos los pacien -- tes presentaron fiebre no cuantificada con ataque al estado -- general y el paciente Lactante Menor se reportó con irritabili -- dad.

En los estudios de laboratorio, encontramos en la Biometría He -- m tica; La Hemoglobina con promedio de 10.9 g/dl, siendo la m  -- nima de 7.7 g/dl y la máxima de 14.5 g/dl. Los Leucocitos con un promedio de 11 015 por  $mm^3$ , con una mínima de 8 700 por  $mm^3$  y una máxima de 14 900 por  $mm^3$ . También se solicitó Velocidad de Sedimentación Globular con un promedio de 40.3 mm/hr, con una - mínima de 14 mm/hr y una máxima de 67 mm/hr.

No se realizó en ninguno de los 6 pacientes estudio de Ganagra - f a.

Los 6 pacientes fueron llevados a Quirófano realizandoseles Ar -- trotom a evacuadora, encontrandose en todos datos de proceso --

infeccioso, con pus franca, y en 3 de estos pacientes se envió el líquido obtenido al Laboratorio para su cultivo, aunque en ninguno de los tres pacientes se reporto Desarrollo bacteriano. 4 de los 6 pacientes presentaron antecedentes recientes de infecciones en otras partes de la Economía corporal, o inclusive presentaban estos cuadros a su ingreso al servicio de Urgencias; U<sup>n</sup> paciente presento conjuntamente Infección de Vías Urinarias, Bronconeumonía y Conjuntivitis, otros 2 pacientes - Infección de Vías Urinarias y el cuarto paciente Infección de Vías Respiratorias Altas.

Los 6 pacientes fueron manejados con antibioticos a base de Penicilina o Dicloxacilina con un Aminogluconido ( Gentamicina ). Posteriormente se les manejó con inmovilización por 4 a 6 semanas a base de yeso tipo Callot en 5 pacientes , y al sexto se le colocó yeso tipo Bachelor.

2 de los 6 pacientes presentaron secuelas, con lesión del cartilago articular y deformidad de la cabeza femoral. El paciente con la lesión mas severa, es el que llevaba 60 días de evolución al ingreso al Hospital. Los otros 4 pacientes ya iniciaron la marcha y/o movilidad articular, sin dolor .

#### DESLIZAMIENTO DE LA EPIFISIS FEMORAL CAPITAL:

Durante el año de 1987, se estudiaron en nuestro Hospital 2 pacientes con Diagnóstico de Deslizamiento de la Epifisis Femoral Capital. Un paciente del sexo masculino y otra del sexo femenino, ambos de 13 años de edad. La paciente del sexo femenino con antecedente de Epifisiodesis con tornillos de esponjosa en la Cadera contralateral (izquierda). A su ingreso presentaba dolor en Cadera derecha de tres meses de evolución, tomándosele con controles radiográficos, Diagnosticándosele Epifisiolisis Femoral Capital derecha. SE programo para cirugía, realizándosele Epifisiodesis de Cadera derecha con tornillos de esponjosa, con evolución trans y posoperatoria satisfactoria. La paciente duro internada 14 días. Fué dada de alta, se le difirió el apoyo por un periodo de 2 meses, y posteriormente se indicó marcha asistida.

El segundo paciente, del sexo masculino, a su ingreso refirió dolor en la articulación coxofemoral izquierda de 2 semanas de evolución, posterior a traumatismo por caída desde el plano de sustentación. SE corrobora el diagnóstico con estudios radiográficos. Es llevado a Cirugía, realizándosele Epifisiodesis de Cadera izquierda con tornillos de esponjosa. Con evolución trans y posoperatoria en forma satisfactoria. La paciente estuvo internado 7 días. Se difirió el apoyo por 2 meses. Actualmente con marcha asistida.

#### FRACTURAS DE CADERA EN NIÑOS:

Se estudiaron dos pacientes con Fracturas de Cadera en niños, -- ambos con Fractura Transcervical. El primer paciente del sexo -- femenino de 13 años de edad, con afección a la cadera izquierda postraumática, en la cual se corroboró el Diagnóstico con estudios radiográficos, por lo cual se decide su tratamiento quirúrgico mediante Reducción cruenta y Osteosíntesis con tornillo de esponjosa 6.5 AO. 4 Meses después inicia apoyo parcial -- asistido. La consolidación ósea se corroboró radiográficamente.

El segundo paciente fue un masculino de 11 años de edad, Poli -- traumatizado, con Fractura Transcervical de Cadera derecha, --- Fractura de Clavícula derecha y Fractura de Arcos costales derechos. Ya estabilizado, se llevó a Quirofano en donde se intervino, realizándosele Reducción mediante maniobras externas y Fijación con clavos de Steinman y colocación de yeso tipo Callot -- por 10 semanas. Se retira yeso posteriormente y se inicia la -- deambulación asistida satisfactoriamente.

VII) CONCLUSIONES:

1) El mayor porcentaje de pacientes con Coxalgia correspondió - a Sinovitis Inespecífica con 60%, seguida de Artritis Séptica 24%, Fracturas de Cadera 7% y Deslizamiento Femoral-Proximal 7% .

2) No se encontró ningún expediente con Enfermedad de Legg Calvé Perthes , ni Tumores, ya que estos pacientes son remitidos generalmente al Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas.

3) En los 15 pacientes con Sinovitis Inespecífica predominó el sexo femenino con 9, 8 fueron izquierdas y 7 derechas. Predominaron los adolescentes con 6, 5 escolares y 4 lactantes. con 7.7 años de edad en promedio.

4) En los 6 pacientes con Artritis Séptica predominó el sexo femenino con 4. 4 fueron izquierdas y dos derechas. Predominaron los Escolares con 3, 2 adolescentes y un Lactante menor, con un promedio de edad de 8.3 años.

5) En los 2 pacientes con Diagnostico de Deslizamiento Femoral-Proximal, correspondió uno a cada sexo, ambos de 13 años de edad lo que corresponde a la etapa del cierre del cartilago de crecimiento.

- 6) En los 2 pacientes con Fracturas de Cadera, fué uno de cada -  
sexo, ambos adolescentes. Y el mecanismo de producción de la --  
Fractura fue por Traumatismos severos.
- 7) Entre menor sea el tiempo de evolución de la Cefalalgia a su-  
ingreso en todos los pacientes es mejor su tratamiento y pronos-  
tico.
- 8) La Velocidad de Sedimentación Globular es un estudio muy útil  
en el Diagnostico de Artritis Séptica y Sinovitis Inespecífica -  
en los cuales se encontró en promedio suanente elevada.
- 9) La Biometria Hemática es muy útil en la Sinovitis Inespecifi-  
ca y Artritis Séptica, ya que en ambas se encontró Anemia por --  
disminución en el valor promedio de la Hemoglobina, y Leucocito-  
sis.
- 10) La estancia intrahospitalaria en promedio fué menor en la -  
Sinovitis Inespecífica , por ser una Enfermedad autolimitante.
- 11) El antecedente de cuadro infeccioso en otro órgano o aparato  
nos obliga a hacer un estudio mas exhaustivo del paciente, ya --  
que los pacientes con Sinovitis Inespecífica y Artritis Séptica-  
se relacionaron con procesos sépticos.

12) El tratamiento con antimicrobianos debe ser selectivo a ---- los pacientes con Diagnóstico establecido de Artritis Séptica- o con Infeccion en otro organo o aparato Corporal.

13) A todo paciente al que se le desida realizar Artrotomia E--vacuadora, debe haber sido estudiado en forma selectiva y funda-mentada, con todos los parametros disponibles.

14) A todos los pacientes a los que se les realice Artrotomia, -ya sea positiva o negativa, se le debe de solicitar Frotis, tin-cion Gram , cultivo y antibiograma.

15) La Gamaografia es un estudio que no fué muy útil en sus resul-tados, ya que solo demostró proceso inflamatorio inespecifico.

VIII) BIBLIOGRAFIA :

- 1) Bowman WC, Rand MJ. Farmacología. 2a ed. México D.F. Nueva - Editorial Interamericana, 1984.
- 2) Carty H, Maxted M, Fielding JA, Guillford P, Owen R. Isotope Scanning in the " Irritable hip syndrome ". Skel rad 1984;II: 32-37.
- 3) Jaffe HL. Enfermedades metabólicas, degenerativas é inflama - torias de huesos y articulaciones. Ia ed. México D.F. La - Prensa Médica Mexicana, 1978.
- 4) Kallio P, Ryöppy S, Jappinen S, Sipomaa AK, Jaankelainen J , Kunnamo I . Ultrasonography in the hip disease in children . Acta Orthop Scand 1985; 56: 367-371.
- 5) Kallio P, Ryöppy S, Kunnamo I. Transient sinovitis and Per - thes disease. J Bone J<sup>v</sup>int Surg 1986;68:808-811.
- 6) Pons JG. La cadera em crecimiento. Ia ed . Barcelona España . Editorial JIMS, 1978.
- 7) Salter RB. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelé - tico. Ia ed. Barcelona España: Salvat Editores S.A., 1971.

8) Tachdjian MO. Ortopedia pediátrica. Ia ed. España. Editorial-  
Importecnia, 1976.

9) Thompson GH, Salter RB. Clinical Symposia (Legg-Calvé-Perthes  
Disease). Pharmaceutical Division CIBA-GEIGY 1986;I;1-31.