

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
DE LA RESIDENCIA SANITARIA DE LA S. S. FERNANDO ZAMACOLA, DE CÁDIZ
Jefe: Prof. A. JIMÉNEZ CISNEROS

Fibrosis glútea bilateral

R. JULIA JULIA,¹ J. JULIA BUENO ² y F. CAZALLA BENEDICTO ²

RESUMEN

Se presenta un nuevo caso de fibrosis glútea bilateral, describiéndose el cuadro clínico y las lesiones anatomopatológicas, así como la técnica a seguir.

Descriptores: Fibrosis del músculo glúteo. Fibrosis glútea.

SUMMARY

A new case of fibrosis of the gluteal muscle is reported.

Its clinical aspects, pathological findings and surgical treatment are considered.

Key words: Fibrosis of the gluteal muscle. Gluteal fibrosis.

Las descripciones de fibrosis musculares de distinta localización se suceden a partir de la primera que hiciera HNEVKOVSKY en 1961. Así, KARLEN, FAIRBANK, GAMMIS, SAUNDERS, GUNN y VAQUERO presentaban casos de afectación de una o más cabezas del cuádriceps crural, que originaban rigidez de la articulación de la rodilla. Nosotros en 1972 comunicábamos un caso más de fibrosis del vasto intermedio.

Aunque estas primeras descripciones se limitan al cuádriceps crural, posteriormente aparecen nuevos estudios que hacen referencia a otros grupos musculares, bien independientemente o asociados entre sí. En 1967, HILL, aporta una fibrosis del deltoides y, en 1968, ESTEBAN B. MÚGICA, presenta una afectación bilateral de cuádriceps crurales y tríceps braquiales.

El primer estudio de fibrosis glútea que nosotros tenemos conocimiento es el de FENOLLOSA en 1969. ESTEBAN B. MÚGICA, en 1970 y BEGUIRISTAIN, en 1975, comunicaron nuevos casos de esta localización. El objeto de este trabajo es aportar un caso más de fibrosis glútea bilateral.

Clínica

La edad de presentación de esta enfermedad oscila entre los 4 y 13 años de edad aproximadamente. Nuestra enferma tenía en el momento de diagnosticarla 6 años.

El cuadro clínico se caracteriza por una marcada limitación del movimiento de aducción y de la rotación interna de las caderas, lo cual conlleva a una actitud típica, tanto en reposo como durante la marcha. Yacen estos enfermos, lo mismo en

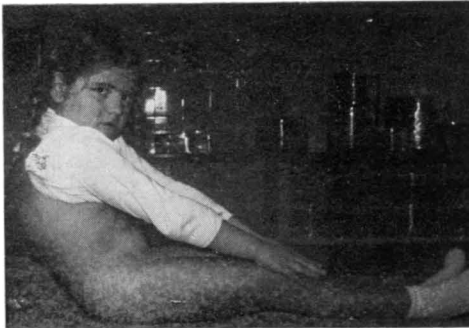
1, Jefe de Sección. 2, Médico Adjunto.

decúbito supino que en decúbito prono, con los miembros inferiores en abducción y rotación externa. Al sentarse, se ven obligados a hacerlo al borde de la silla y sin poder flexionar totalmente las caderas (figuras 1 y 2).

La marcha es inestable y con las caderas en rotación externa, presentando una notable dificultad en la carrera y al subir o bajar escaleras. La posición en cuclillas que adoptan las niñas para micción no pueden llevarla a cabo.

En ocasiones, existen adherencias de la piel y tejido celular subcutáneo a la aponeurosis subyacente, originando retracciones cutáneas, tal como se aprecia en la figura 2.

En los casos unilaterales se puede hacer un diagnóstico erróneo de luxación de cadera por presentar algunos signos clínicos,



FIGS. 1 y 2.—Limitación de la flexión de la cadera. Retracción cutánea.



comunes a ambas entidades, como son: la asimetría de surcos glúteos, la claudicación a la marcha y un acortamiento aparente del miembro correspondiente. El estudio radiográfico pone de manifiesto la ausencia de lesiones articulares.

Etiopatogenia

Tanto en la fibrosis glútea como en las demás localizaciones, se puede afirmar que la etiología es prácticamente desconocida, barajándose diversas teorías, todas ellas sin confirmación.

En el trabajo de ESTEBAN G. MÚGICA en 1970, este autor hace un detallado estudio de los distintos factores que pueden conducir a fibrosis musculares. Considera la metaplasia de fibras musculares, las enfermedades nerviosas, factores vasculares, bacterianos, químicos y congénitos como posibles responsables, para llegar a la conclusión de que la causa común sería el estasis vascular, congénito o adquirido, o la inflamación, séptica o aseptica, que llevarían a intoxicación del tejido muscular y fibrosis del mismo.

La frecuencia de antecedentes de inyecciones I. M. repetidas en región glútea, hace pensar en la producción de pequeños focos de necrosis y posterior fibrosis cicatricial.

La especial forma de reaccionar los niños ante las infecciones, mediante inflamación difusa, lleva a considerar las miositis bacterianas como un importante elemento a tener en cuenta en el origen de la enfermedad.

Algunos autores sugieren la posibilidad de una alteración congénita del tipo de artrogriposis incompleta, avalando esta teoría el hecho de su asociación con otras malformaciones (pies zambos, *genu-recurvatum*, etc.) y su similitud con el tortícolis congénito.

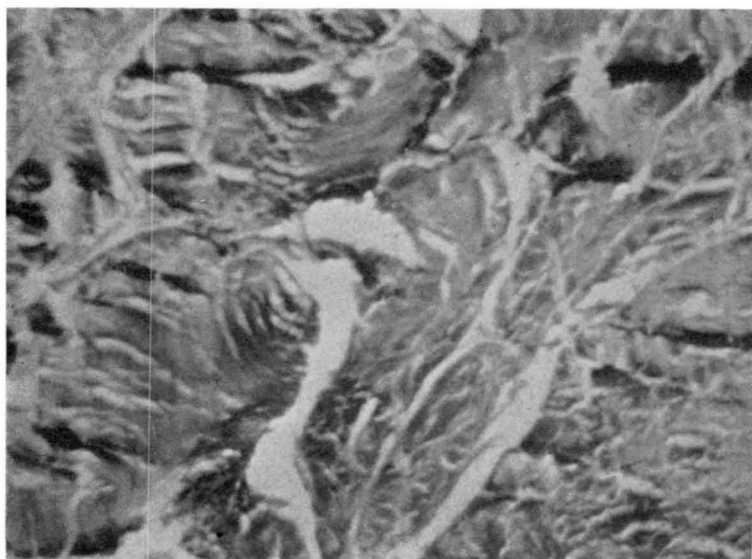


FIG. 3. — Lesiones anatomopatológicas.

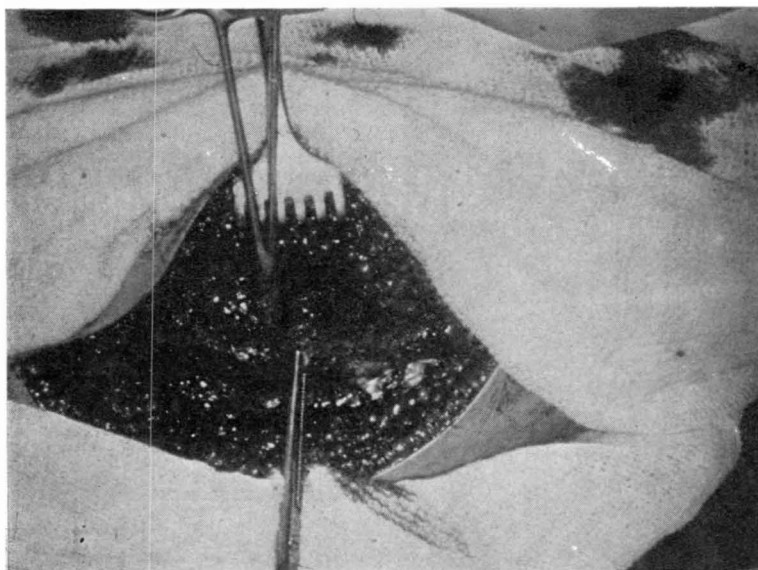


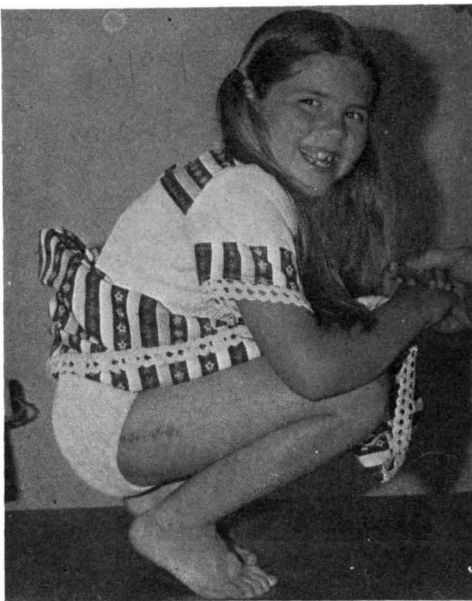
FIG. 4. — Elongación en Z del glúteo mayor fibrosado.

Anatomía patológica

Durante el acto operatorio del caso que nos ocupa, pudimos apreciar las lesiones anatomo-patológicas macroscópicas, con-



FIGS. 5 y 6. — Resultado postoperatorio.



sistentes en fibrosis muscular del glúteo mayor, que se extiende a la fascia y tejido celular subcutáneo. Diferencian algunos autores una fibrosis en cordón y otra en placa. Nuestro caso correspondería a este último tipo. El informe anatomo-patológico correspondiente a él, es el siguiente: Fibrosis muscular, en la cual se observa la sustitución del tejido muscular por tejido conjuntivo fibroso rico en colágeno y pérdida de la estriación de la fibra muscular, con homogenización del citoplasma (fig. 3).

Tratamiento

El empleo de la fisioterapia como método de tratamiento de estos pacientes se ha mostrado ineficaz. Nosotros lo practicamos en el caso de afectación del cuádriceps crural, no consiguiendo ningún efecto beneficioso, por lo que recurrimos, tanto en aquél como en el que nos ocupa, al tratamiento quirúrgico.

FENOLLOSA lleva a cabo una incisión en X de la fascia glútea y desinserción del glúteo mayor a nivel femoral.

VALDERRAMA practica la escisión de la aponeurosis y elongación del glúteo.

BEGUIRISTAIN preconiza la elongación en Z.

Nosotros procedimos por medio de una incisión amplia postero-lateral a la exposición de las estructuras afectadas. Al flexionar la cadera y rotarla internamente, se evidencia la tensión de la fascia glútea y de las fibras musculares. Practicamos una elongación en Z (fig. 4), lo suficientemente extensa como para permitir una movilidad normal. Después de la intervención inmovilizamos el miembro en flexión de la cadera y rotación neutra, ya que de lo contrario, durante el curso postoperatorio se origina una contractura antiálgica en extensión y rotación externa, que dificulta

notablemente el tratamiento rehabilitador. Esta inmovilización la mantuvimos 15 días en cada cadera intervenida. El plazo entre cada intervención fue de dos meses. El resultado obtenido a los tres meses de la segunda intervención se puede considerar excelente, presentando una movilidad normal con flexión completa de ambas caderas y rotación interna totalmente recuperada (figs. 5 y 6).

BIBLIOGRAFÍA

- BEGUIRISTAIN, J. L. y cols. "Técnica quirúrgica en la fibrosis de glúteos". *Rev. de Ort. y Traumat.*, Vol. 19-1B. Octubre 1975, páginas 795-802.
- ESTEBAN MÚGICA, B. y MARTÍNEZ SÁNCHEZ, R. (1968): "Un caso de fibrosis progresiva de los cuádriceps y tríceps braquiales". *Rev. Ort. Traum.* Ed. Ibérica. XII-1B, 27.
- ESTEBAN MÚGICA, B.; GUTIÉRREZ DE LA CUESTA, F. y MARTÍNEZ SÁNCHEZ, R. "Fibrosis muscular progresiva". *Rev. Esp. de Cir. Osteart.* Tomo V, núm. 29. Septiembre-Octubre. 1970. Págs. 321-340.
- FAIRBANK, T. J. y BARRET, A. M. "Vastus intermedius contracture in early childhood case report identical twins". *J. Bone Jt. Surgery*, 43-B, 326, mayo 1961.
- FENOLLOSA GÓMEZ, J. y QUILES GALINDO, M. (1969): "Retracción bilateral del músculo glúteo mayor". *Rev. Ort. y Traum.* Vol. 13. Pág. 701.
- GAMMIS, V. F. P.; TAYLOR, J. H. y URICH, H. "Contracture of the vastus intermedius in children. A report of two cases". *J. Bone Jt. Surgery*, 45-B. Mayo 1963.
- GUNN, D. R. "Queadriiceps contracture". *J. Bone Jt. Surgery*, 47-B, 586.
- HNEVKOVSKY, O. "Progressive fibrosis of the vastus intermedius muscle in children. A cause of limited knee flexion and elevation of the patella". *J. Bone Jt. Surgery*, 43-B, 318, mayo 1961.
- JULIÁ JULIÁ, R. y JULIÁ BUENO, J. "Fibrosis del cuádriceps". Comunicación a la Reunión Extraordinaria de la S. A. T. O. Cádiz, 1972.
- KARLEN, A. (1964): "Fibrosis of the crural". *J. Bone Jt. Surgery*, 46-B, 488.
- NORMAL A. HILL, y cols. "Abduction contractures of the both glenohumeral joints and extension contracture of the knee secondary to partial muscle fibrosis". A case report. *J. Bone Jt. Surgery*, 49-A, 961, junio 1967.
- SAUNDERS, F. P.; HOEFNAGEL, D. y STAPLES, O. S. "Fibrosis progressive of the quadriceps muscles". *J. Bone Jt. Surgery*, 47-A, 380, marzo 1965.