

Fibrosis glútea: ¿esencial o secundaria?

RAUL PRATS FLUIXA*, JOSE LUIS RODRIGO PEREZ* y PILAR SANCHEZ CAÑIZARES**

* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Jefe de Servicio COT: Enrique Palomares Talens.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal «Francisco de Borja». Gandía (Valencia).

Resumen.—Constatamos la rara frecuencia de esta afección presentando 5 observaciones de Fibrosis Glútea recogidas en tres casos clínicos estudiados. Dos son bilaterales y uno afecta a un solo glúteo. Habiéndose invocado, por los autores consultados, etiologías diversas, actualmente sigue siendo desconocida. Creemos de interés resaltar que los casos presentados se trataron en las etapas finales de crecimiento, mientras que los referidos en la literatura consultada todos han recibido tratamiento quirúrgico en edad temprana. El tratamiento es de resultado satisfactorio, independientemente de la edad y de la técnica quirúrgica empleada.

GLUTEAL FIBROSIS: ESSENTIAL OR SECONDARY?

Summary.—Three patients affected with gluteal fibrosis are collected by the authors. Two cases had bilateral presentation and one patient was unilateral. According to the literature, the aetiology continue to be unknown. All patients were treated at the end of growing period, while all cases collected in the literature were treated early. The results have been satisfactory without relation to age or the surgical procedure employed.

INTRODUCCIÓN

No es frecuente, en nuestra experiencia, la presencia de casos de Fibrosis Glútea uni o bilateral, al menos en niños de corta edad relacionados con tratamientos repetidos y/o prolongados de balsámicos y antibióticos por vía parenteral. Tal vez se deba al progresivo cambio a terapias orales pediátricas que disminuyen el uso de las inyecciones intramusculares de repetición.

La primera descripción clínica bilateral en nuestra literatura, que conozcamos, la presenta Fenollosa (1) en 1969. Anteriormente Chigot P.L. presenta la Fibrosis Retráctil del Glúteo Medio en 1968 en la reunión de la S.O.F.C.O.T. en París (2). Otras descripciones halladas mucho más antiguas, como la de Hnevkovsky en 1961 (3) refieren la aparición de Fibrosis Muscular en el Cuádriceps u otras localizaciones tal y como refiere González Pe-

ña F. (4) en Deltoides, Tríceps Sural, Tractus iliotibialis y Recto Anterior.

La etiología continúa desconocida. Se han invocado diversas teorías. Fenollosa (1): Fibrosis Esenciales. Miositis no piogénicas y Fibrosis Intersticial secundaria a inyecciones intramusculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos tres casos: 2 bilaterales y 1 unilateral, si bien presenta a la inspección signos de afectación en ambas caderas, con atrofia muscular pero sin fibrosis que limite la función.

Caso 1

Varón de 21 años de edad que acude a la consulta refiriendo que ha sido diagnóstico y tratado de Lumbalgia sin mejoría alguna. El paciente refería una limitación a la flexión del raquis lumbar y caderas con dolor al forzar la postura, marcha con rotación externa de las caderas con un balance lateral que la facilita. Limitación y resistencia elástica a la abducción, rotación interna y flexión de caderas. Su actitud al sentarse era con las piernas en abducción y rotación externa de caderas, apoyando el sacro en el borde de la silla y prefiriendo el asiento elevado. Al intentar ponerse en cuclillas se cae

Correspondencia:

Dr. R. PRATS FLUIXA
Servicio C.O.T. Hospital F. de Borja
Paseo Germanías, 71
Gandía (Valencia)



Figura 1. Flexión limitada de caderas e hipolordosis.

hacia atrás por no poder desplazar su centro de gravedad hacia delante con la suficiente flexión de caderas.

A la inspección se apreciaba una importante atrofia de la musculatura glútea bilateral con adherencias cutáneas en un escaso tejido celular subcutáneo. Hipolordosis lumbar (Fig. 1).

Nacido de parto a término, no tiene antecedentes de tratamiento parenteral continuado con antibióticos o balsámicos en región glútea. Estudio radiológico y analítico son normales. Se diagnostica de Fibrosis Glútea Bilateral Esencial.

Se interviene quirúrgicamente practicándose un abordaje de ambas caderas mediante incisión posterolateral de Gibson. En cadera derecha se realiza una Z plastia de alargamiento del Glúteo Mayor y fasciotomía del Tractus Iliotibialis. En la izquierda se localiza y disecciona toda una masa fibrosa que sustituye al Glúteo Mayor y Medio, con tractos fibrosis de tipo cordonal, diferenciados, que se extirpan, algunos de ellos perineurales al N. Ciático. El abordaje al plano muscular se realiza previa sección en X de la aponeurosis glútea. Se comprueba el rango de flexión pasiva normal de ambas caderas.

Ejercicios pasivos de elongación y deambulación asistida a las 24 horas. Rehabilitación activa progresiva a la semana, recuperación normal de la movilidad y alta laboral a las 8 semanas (Fig. 2).

Anatomía Patológica

Tomadas muestras del tejido extirpado y remitidas al Servicio de Anatomía Patológica nos elabora el siguiente informe:

a) Descripción Macroscópica:

Glúteo Izquierdo: Pieza con tejido muscular de aspecto normal por una cara, la contralateral es de color blanquecino, con aspecto indurado y esclerosado con apariencia de zonas calcificadas, se procede a incluir en secciones representativas y decalcificación.

Glúteo Derecho: Fragmento de 9 cm de longitud de tejido muscular de aspecto graso, con áreas grisáceas de

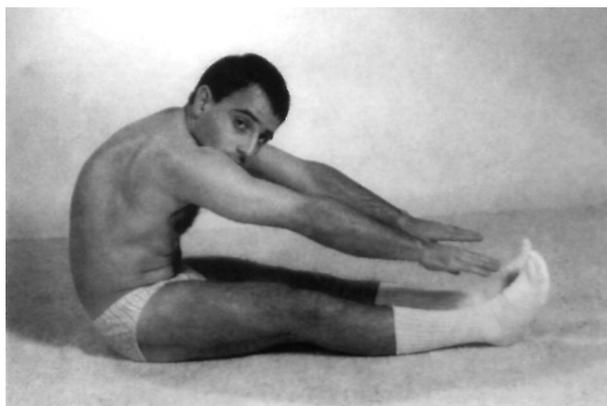


Figura 2. Recuperación postoperatoria de la movilidad de las caderas.

superficie más lisa con zonas esclerosas. Se incluyen en secciones representativas.

b) Descripción Microscópica:

Fibras musculares degeneradas entremezcladas con fibras colágenas, teñidas en verde con la técnica tricromo de Masson (Fig. 3). Areas de degeneración grasa de las fibras musculares. No se advierte infiltrado celular inflamatorio.

Diagnóstico Anatomopatológico: Fibrosis Muscular Glútea.

Caso 2

Hembra de 27 años, diagnosticada de Fibrosis Glútea bilateral a la edad de 14 años. Cuadro clínico típico de marcada limitación de rotación externa y aducción de caderas. La flexión sólo es posible, parcialmente, en forzada abducción. Antecedentes en la infancia de inyecciones repetitivas intramusculares de balsámicos.

Se procedió a un abordaje quirúrgico, fasciotomía e incisión en X de la aponeurosis muscular de ambas cade-

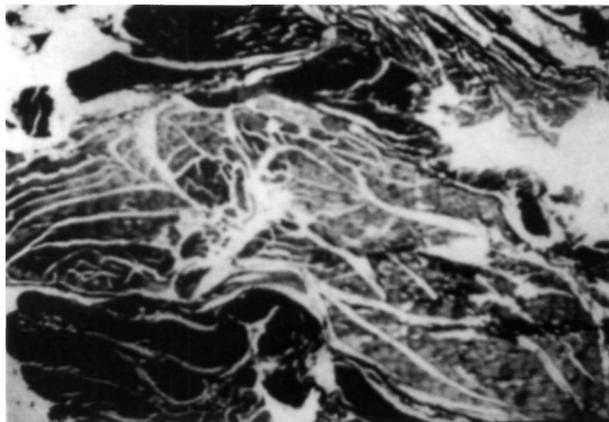


Figura 3. Fibras de colágena entremezcladas con tejido muscular degenerado. Tinción tricromo de Mason. Magnificación a 400 aumentos.



Figura 4. A y B) Ninguna recidiva y óptimo resultado funcional a los 13 años de la intervención.

ras en dos tiempos quirúrgicos, dejando un intervalo de recuperación de varias semanas. La movilización asistida se hizo en fase precoz, a partir de la segunda semana. Excelente movilidad de ambas caderas 13 años después de la intervención (Figs. 4A y B).

Caso 3

Varón de 27 años de edad, hermano gemelo de la paciente anterior, diferenciándose en que no recuerda tratamiento alguno con inyectables intramusculares en tiempo prolongado. Clínicamente presentaba una actitud en marcha claudicante de cadera derecha con abducción y rotación externa. Flexión y adducción limitada. La cadera izquierda no presentaba limitación de la movilidad si bien la exploración evidenció una hipotrofia de Glúteos y celular subcutáneo (Fig. 5).

Se intervino hace 12 años con sección del Tensor de Fascia Lata y aponeurectomía de Glúteo Mayor derecho. Rehabilitación precoz, manteniéndose actualmente la movilidad normal conseguida por la liberación quirúrgica.

RESULTADOS

El tratamiento llevado a cabo en todos los pacientes ha sido quirúrgico si bien no unívoco, pues-

to que, se han alargado las estructuras acortadas mediante Z plastias en unos casos, al modo que preconiza Beriguistain J. L. (5); en otros casos se ha practicado la sección en X de las estructuras fibrosas, Fenolosa (1). Incluso en algunas parcelas se ha realizado fasciectomía y exéresis de la masa muscular fibrosada y de aspecto calcificado, Yi-Siong Hang (6). Todo ello realizado en el mismo paciente intentando hacer prioritariamente la Z plastia de una cadera y liberación de estructuras, sin suturar, en la otra; al ser casos de afectación bilateral.

El resultado funcional al final de la Rehabilitación ha sido equivalente. Se ha conseguido un arco móvil activo y pasivo de ambas caderas sin limitación para la actividad diaria social, laboral y deportiva.

DISCUSIÓN

La Fibrosis Glútea uni o bilateral posiblemente se vea con menor frecuencia en la clínica diaria al haberse restringido, o alterado con otros métodos



Figura 5. Evidente hipertrofia muscular glútea.

la profusa utilización de inyectables intramusculares que era el factor etiológico princeps, Durán Sacristán H. (7).

Al contrario de otros autores, hemos constatado el antecedente de repetidos inyectables (Antibióticos, Ca, Complejos vitamínicos... etc.) solamente en un caso bilateral de los 3 que presentarnos.

Todos los casos referidos en la literatura consultada son niños y su tratamiento quirúrgico ha sido realizado en temprana edad. Los presentados por nosotros fueron tratados a la edad de 14, 15 y 21 años, aunque la sintomatología era evidente desde la primera etapa de la vida, ninguna anamnesis aporta datos que aseguren la presencia de la enfermedad desde el nacimiento.

Referente a la etiología, es interesante hacer notar que no se asocia con factores hereditarios por los autores consultados, salvedad hecha de Penollosa J. (1), a la existencia en el caso que presenta, de un hermano con afección similar pero en el Tríceps Sural, sin causa yatrogénica. En nuestra serie

ocurre la circunstancia de que los casos segundo y tercero son hermanos gemelos, presentando la hembra antecedentes de yatrogenia parenteral bilateral mientras que el varón no los refiere. Por tanto creemos que en esta afección de etiología desconocida, puede admitirse que su aparición la condicionan factores de orden congénito o genético. Yi-Siong H. (6), y de afección directa local, inyectables, agentes físicos, químicos, traumatismos intoxicaciones... etc. González Peña F. (4).

Los casos que describimos como n.º 1 y 3 corresponderían al tipo descrito por Hnevkosky en 1961 (3) refiriéndose al Cuádriceps: serían Fibrosis Idiopáticas Progresivas, constatadas poco después del nacimiento y sin antecedentes del tipo de Fibrosis Secundaria que hemos mencionado, a las que también hacen referencia Fenollosa J. (1) y Peiro A. (8).

En la descripción de hallazgos anatomopatológicos coinciden los autores Durán Sacristán (7), Julia R. (9) y Peiro A. (8). Cabe destacar que, en uno de nuestros casos observamos una distinción estructural en dos tipos o zonas diferenciadas: en forma de Fibrosis Cordonal y a modo de placas esclerosas. Tal como refiere el informe anatomopatológico de Juliá R. (9).

El tratamiento conservador es inoperante «per se», debe instaurarse el tratamiento quirúrgico. El resultado del mismo es invariablemente bueno, independientemente de que se realice en sesiones quirúrgicas espaciadas 15 días como Fenollosa J. (1) o 2 meses como Juliá R. (9) u operando las dos caderas al mismo tiempo, tal como hicimos en el primer caso.

La recuperación funcional es similar, utilizando técnicas quirúrgicas diferentes: alargamientos por Z plastia, secciones en X de aponeurosis y o extirpación de todo tejido o formación fibrosa tensa. Lo cual indica que lo importante es la liberación de estructuras con cuidadosa hemostasia y lo secundario la técnica.

Hemos constatado un caso en que la fibrosis generalizada llega a cubrir el trayecto del N. Ciático pero se ha liberado con facilidad y no ha presentado signos de atrapamiento.

No hemos observado la patología queloidea cicatricial referida por González Peña (4).

La movilización precoz, a partir del tercer día Fenollosa J. (1), a la segunda semana Beriguistain J. L. (5) o al día siguiente con la ayuda de un tutor de marcha, tal como pautamos nosotros, da una

excelente y pronta recuperación sin limitación para la vida diaria. Juliá R. (9) prefiere inmovilizar en flexión y rotación neutra la cadera durante 15 días, obteniendo igualmente buenos resultados con la consiguiente rehabilitación.

CONCLUSIONES

— La mayoría de los casos referenciados por los autores aportan como antecedentes la existencia de inyectables intramusculares de repetición. Creemos que su presencia no es concluyente puesto que existen muchos casos en los que no se constata o bien hacen aparición otros agentes locales, físicos, químicos, tóxicos o infecciones que apoyarían la etiología multifactorial.

— La aparición es siempre en la infancia, no en el adulto.

— El tratamiento quirúrgico da resultados satisfactorios tanto si se practica en la infancia o posteriormente, tal como hicimos nosotros.

— El buen resultado funcional se obtiene sistemáticamente asociando al tratamiento quirúrgico una intensa rehabilitación, independientemente de que se trate uno o ambos lados a la vez.

— Tampoco influye en el resultado final la técnica utilizada: alargamiento, sección o exéresis de estructuras afectas, siempre que se realice con cuidadosa disección y hemostasia intraoperatoriamente.

Bibliografía

1. Fenolosa Gómez J, Quiles Galindo M. Retracción Bilateral del Glúteo Mayor. Rev Ortop Traum 1969; 13: 701-8.
2. Chigot PL. Les fibroses retractiles du moyen fessier. XLIII Reunion annuelle de la SOFCOT. 1968.
3. Hnevkovsky O. Progressive fibrosis of the vastus intermedius muscle in children. J Bone Joint Surg 1961; 46B: 318-9.
4. González Peña F, Recarte Gracia Andrade E, Galindo Andújar E, González Ortega JJ. Fibrosis glútea bilateral. Rev Esp Cir Osteoart 1974; 9: 41-6.
5. Beriguistain JL, González Iturri JJ, Valenti J, Reparaz B, Cañadell J. Técnica quirúrgica en la fibrosis de los glúteos. Rev Ortop Traum 1975; 19: 795-80.
6. Yi-Siong Hang. Contracture of the Hip secondary to fibrosis of the gluteus maximus muscle. J Bone Joint Surg 1979; 61A: 52-5.
7. Durán Sacristán H, Sánchez Barboa A, López Durán Stern L, Méndez Martín J, Linan C, Ferrández L. Fibrosis of the Gluteal muscles. Report of three cases. J Bone Joint Surg 1974; 56A: 1510-2.
8. Peiro A, Fernández CI, Gomar F. Gluteal Fibrosis. J Bone Joint Surg. 1975; 57A: 987-90.
9. Juliá Juliá R, Juliá Bueno J, Cazalla Benedicto F. Fibrosis Glútea bilateral. Rev Esp Cir Osteoart. 1980; 15: 281-5.