

Displasia de Meyer: comentarios a propósito de un caso

P. Meseguer Yebra

Especialista en Pediatría. CS de Tordoia. La Coruña.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:707-9

Patricia Meseguer Yebra, Patricia.meseguer.yebra@sergas.es

Sr. Director:

He leído con gran interés el artículo sobre la "Displasia de la cabeza femoral (Displasia de Meyer)" (DM), que como bien señalan sus autores es una entidad poco frecuente y por tanto quizás no bien conocida por nosotros¹.

El motivo de mi carta es exponer un caso más de esta entidad y añadir algunos comentarios al respecto¹.

Caso clínico

Varón de 18 meses, asintomático, que acude al control del niño sano. Se aprecia deambulación con marcada rotación externa del miembro inferior izquierdo, sin cojera, dolor, limitación en la movilidad u otros datos asociados. No traumatismo previo, ni enfermedad actual. Nunca ha presentado sintomatología en relación con la cadera y la ecografía realizada al nacimiento fue normal. No hay antecedentes familiares de patología relacionada.

En la radiografía simple a los 21 meses de edad aparecen los núcleos epifisarios proximales de pequeño tamaño, sugiriendo el diagnóstico de Displasia de Meyer.

En un nuevo control realizado a los 26 meses de edad se aprecia una asimetría de los núcleos de osificación epifisarios femorales, con el derecho de menor tamaño que el izquierdo y fragmentado, siendo ambos de pequeño tamaño, todo ello compatible con DM. El niño está asintomático y en su marcha no se aprecia la rotación externa del miembro inferior izquierdo antes señalado.

Actualmente, sigue controles clínicos y radiológicos de forma coordinada con el Servicio de Traumatología de nuestro hospital de referencia.

Comentarios

Como en la mayoría de los casos descritos en la literatura, se trata de un varón, menor de 4 años, con afectación

bilateral, asintomático (sin dolor, cojera o limitación del movimiento) y cuyo diagnóstico se realiza de forma casual.

La sospecha surge a los 21 meses de edad, siendo DM el diagnóstico inicial a los 26 meses en el caso descrito. En un número considerable de casos publicados, el diagnóstico inicial es de Enfermedad de Perthes (EP) o, con menos frecuencia, de otras anomalías de la cadera². Es la ausencia de clínica y la evolución favorable hasta la total curación observada durante el seguimiento lo que acaba determinando la DM como diagnóstico final. Así, en un estudio realizado en 2005 que revisa 578 niños (619 caderas) con EP, en 17 niños (27 caderas) se observó un patrón clínico y radiológico marcadamente diferente y se hizo el diagnóstico de DM³. Posiblemente, el mejor conocimiento de esta entidad haga disminuir su infradiagnóstico, evite que indiquemos tratamientos y procedimientos diagnósticos no necesarios y nos permita dar a la familia una información sobre el pronóstico más acertada.

A pesar de que la evolución es hacia la curación, es necesario un seguimiento clínico y radiológico hasta que se observe la resolución total, ya que puede haber casos combinados en los que la displasia ocurre primero y la EP más tarde.

De hecho, entre los 30 casos que describe Meyer, 6 pacientes (20%) pasaron de seguir un curso benigno a presentar una necrosis avascular típica⁴.

En el seguimiento, asistimos a una progresiva mejoría con fusión de todos los núcleos de osificación. El resultado es una epífisis con forma y densidad normal, cosa que ocurre en torno a los 5-6 años de edad^{2,5,6}. Algunos autores describen al final del crecimiento una discreta asimetría en la forma de las cabezas femorales, y otros una ligera disminución en su altura o leve aplanamiento^{5,7}.

Por ello, aunque la función final se describe como normal, tal vez se puedan predecir en la edad adulta cambios articulares degenerativos inducidos mecánicamente en aquellos pacientes con cabezas femorales más pequeñas².

Existe en la red un recurso para padres y pacientes elaborado por la Unidad de Traumatología Pediátrica del Hospital Vall d'Hebron⁸. De una forma sencilla y concreta, da respuesta a las preguntas más frecuentes que se pueden plantear los padres. Está disponible en la siguiente dirección:

www.vhebron.es/ortopediatria/castellano/salud/Meyercas.htm.

Finalmente, volver a señalar que la DM puede confundirse con la EP y otras

enfermedades más graves de la cadera, de ahí su importancia. Un diagnóstico correcto temprano y adecuado segui-

miento clínico y radiológico pueden evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

Bibliografía

1. Toro Méndez V, O'Mullony Muñoz I, Castilla Cubero JL, Conejero Casares JA. Displasia de la cabeza femoral (displasia de Meyer). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:237-43
2. Harel L, Korneich L, Ashkenazi S, Rachmel A, Karmazyn B, Amir J. Meyer dysplasia in the differential diagnosis of hip disease in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:942-5.
3. Rowe SM, Chung JY, Moon ES, Yoon TR, Jung ST, Kim SS. Dysplasia epiphysealis capitis femoris. Meyer dysplasia. *J Pediatr Orthop*. 2005;25: 18-21.
4. Meyer J. Dysplasia epiphysealis capitis femoris: a clinical-radiological syndrome and its relationship to Legg-Calvé- Perthes disease. *Acta Orthop Scand*. 1964;34:183-97.
5. Khernmish O, Weintroub S. Dysplasia epiphysealis capitis femoris. *J Bone Joint Surg Br*. 1991; 73: 621-5.
6. Specchiulli F, Scialpi L, Mastrorillo G. Meyer's dysplasia epiphysealis. *Chir Organi Mov*. 1996;81: 401-5.
7. Caffey J. *Pediatric X-ray*. Chicago III: Year Book Medical Publishers Inc; 1978. p.1372-5.
8. Unidad de Traumatología Pediátrica del Hospital Vall d'Hebrón. Displasia de Meyer (consultado el 30/08/2007). Disponible en www.vhebron.es/ortopediatria/castellano/salud/Meyercas.htm

