

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América

PROCEDIMIENTOS CONSERVADORES EN EL TRATAMIENTO DE LA LUJACION CONGENITA DE LA CADERA.

TESIS

Presentada a la JUNTA DIRECTIVA de la FACULTAD de
CIENCIAS MEDICAS de la UNIVERSIDAD AUTONOMA de
SAN CARLOS de GUATEMALA, por:

FRANCISCO ALVAREZ CASTILLO

Ex-practicante de las clínicas de Dermatología y Pediatría de la
Consulta Externa del Hospital General. Ex-interno —por oposi-
ción— de los siguientes Servicios en el Hospital General: Gine-
cología, sección "A"; Traumatología de Hombres; Segunda Ciru-
ría de Hombres; Cuarta Medicina de Mujeres; Ex-Asistente de
Residente —por oposición— del Servicio de Emergencia del Hos-
pital General; Ex-Médico del Hogar Cuna; Ex-Tesorero de "La
Juventud Médica"; Ex-Secretario de la Asociación de
Internos Hospitalarios.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1956.

Impreso en Editorial ATENEA, 6ª Avenida 4-68, zona 1.

Introducción.

Al escoger este tema como Tesis, lo he hecho con el deseo de poner al alcance de mis compañeros y estudiantes de medicina y aún del médico general, que tengan que enfrentar un caso de esta naturaleza, los métodos más sencillos y más eficaces para el tratamiento de la luxación congénita de la cadera, sistemas seguidos como procedimientos de rutina en el Centro de Recuperación; y por otra parte, hacer conciencia en los padres de familia de la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoces.

Muy común es ver cómo los niños afectados son traídos en consulta al médico, cuando ya han iniciado la marcha, o bien en edades avanzadas, donde los métodos conservadores son poco satisfactorios; teniendo que recurrir a los procedimientos cruentos, cuya eficacia es menos favorable que la de aquellos, exponiendo al pequeño paciente a un riesgo quirúrgico que pudo haberse evitado.

En el presente trabajo se ha omitido la parte clínica, ya que con anterioridad fue objeto de tesis; proponiéndome la divulgación de los métodos conservadores, siempre que se apliquen en edades adecuadas, es decir, precozmente. Con ello no pretendo menospreciar los métodos quirúrgicos que también tienen sus indicaciones precisas.

Historia del Tratamiento

Para el desarrollo de este capítulo hemos creído conveniente seguir a Steindler (5), uno de los autores que mejor y más acertadamente ha estudiado los problemas de la luxación congénita de la cadera. Es así como consideramos los períodos siguientes:

1.—El período de Dupuytren hasta Paci.

A finales del siglo pasado Dupuytren preconizaba como tratamiento la contención por medio de una faja o cinturón, ideas contrarias a las de Praváz que ya practicaba la tracción. Es este último precisamente, quien pone el primer aparato de tracción gradual; sin embargo, el procedimiento fue olvidado por los resultados desalentadores, ya que si bien es cierto, que con él se lograba llevar la cabeza femoral a la altura del acetábulo, no se lograba mantenerla en esta posición, adoptando entonces el sistema operatorio abierto.

Poggi (5) cirujano italiano, fue el primero en lograr colocar la cabeza intacta dentro del acetábulo previamente profundizado. Paoli (5) combinó el método anterior con una resección parcial de la cabeza a manera de artroplastía, pero, los resultados no fueron favorables, cayendo en descrédito los métodos quirúrgicos.

A fines de 1880 Hoffa (5) mejoró los procedimientos de sus antecesores y nuevamente cobró aceptación el tratamiento quirúrgico, aunque ésta fué por poco tiempo. Lorenz (5) logró mejorar aún más la técnica operatoria, obteniendo resultados más satisfactorios. Es así como nuevamente y por algún tiempo, se mantuvo la tendencia a la reducción quirúrgica.

2.—Período de Paci a Lorenz.

Poco tiempo después Agostino Paci (5) introduce un método de reducción cerrada, marcando un gran adelanto en el tratamiento conservador. A grosso modo, el método en referencia consistía en flexionar forzosamente la cadera, con lo que llevaba la cabeza por debajo del nivel de la cavidad cotiloidea; luego hacía llegar la cabeza un poco hacia adelante por medio de una pequeña abducción del miembro en flexión; en esta posición, lo hacía rotar hacia afuera, con lo cual llevaba la cabeza frente al acetábulo, para después hacer la extensión gradual. Paci no pretendió con su método producir la reducción completa, pero pensó que en esta situación era muy fácil que se produjera una neoartritis. Lorenz perfeccionó el método de Paci, logrando la reducción total y la implantación correcta de la cabeza femoral.

3.—Período de Lorenz a Putti.

En el año 1920 el método incruento tuvo sus opositores, siendo Galloway quien en ese mismo año propone la reducción abierta como método de elección, considerándolo especialmente adecuado para los niños de veinte a treinta meses de edad. Los argumentos que en contra de los métodos cerrados presentaba, eran: que a esta edad ya se habían producido adherencias de la cápsula; que era muy difícil que se pudiera formar un nuevo techo acetabular y como lógica consecuencia, no se podía obtener la reducción completamente. De nuevo comienzan a tomar incremento los métodos cruentos, pues se decía que era la única forma de llegar a una reducción verdadera, por medio de la eliminación de adherencias y de la deformidad en reloj de arena de la cápsula y que hasta se podía hacer la reconstrucción del techo acetabular. Gran parte de los cirujanos de la época, no tomaron como tratamiento de elección el procedimiento quirúrgico, sino como suplementario, para aquellos casos en que los métodos incruentos fueron inefectivos.

4.—Desde Putti al presente.

A fines de 1920 y según las estadísticas de la reducción incruenta, los resultados obtenidos fueron insatisfactorios, lle-

gando Putti a la conclusión de que la edad de aplicación de éste debía ser más temprana. Estableció que entre los seis meses y el año de edad, las prelujaciones podían reducirse con simple abducción, evitando así los traumatismos de la manipulación. De manera que es a Putti, a quien se debe la idea del diagnóstico precoz y del empleo de los métodos más simples de tratamiento.

5.—Estado actual del tratamiento.

En la actualidad los métodos cerrados han tomado mayor incremento, estando restringida su aplicación a los casos de diagnóstico precoz. Los métodos cruentos se han relegado a los casos que no han podido reducirse por otros medios.

Métodos de Tratamiento

Los métodos de tratamiento para la corrección de la luxación congénita de la cadera, pueden ser clasificados de la siguiente manera:

Métodos Conservadores:

- a) Inmovilización funcional (Putti, Frejka y la barra de Ponceti).
- b) Reducción por manipulación (Paci, Lorenz, etc).
- c) Tratamientos complementarios de los procedimientos cerrados: osteoclasia manual para la corrección de la anteversión y osteotomías rotatorias.

Métodos Quirúrgicos:

- a) Reducción abierta.
- b) Osteotomía para construir un techo.
- c) Osteotomía de Lorenz.
- d) Osteotomía de Schanz.
- e) Osteotomía y reducción abierta.
- f) Artroplastía con o sin reducción.
- g) Artrodesis.

Tratamientos Conservadores

Son los procedimientos que consiguen reducir la luxación utilizando cambios de posición o manipulaciones.

La aplicación de los diferentes procedimientos que consideraremos, está indicada según la época en que se inicie el tratamiento.

A.—Época pre-marcha:

Inmovilización funcional.

Para poder usar de este tratamiento en los primeros meses de edad, es indispensable que el diagnóstico de la luxación congénita sea hecho precozmente y es al médico general o al pediatra a quien toca advertir la afección en su examen clínico, o bien a la madre cuando note que el niño tiene un miembro más corto que el otro, que hay deformidad a nivel de los pliegues glúteos, que tiene tendencia a estar más sobre un lado del cuerpo y que muchas veces al cambiarle de ropa, sienta que le "trueque" la cadera.

La edad ideal para el tratamiento es antes de los doce meses, pues la separación entre la cabeza y el acetábulo es muy pequeña y basta con llevar el miembro a una abducción de 45 grados, para que la reducción se consiga (9); esta posición mantenida por unos nueve o diez meses logra la reducción permanente. Calot (1) fué el que primero aplicó esta clase de tratamiento y Putti (1, 4, 6, 7) que es el precursor, reportó que el 95 por ciento de los pacientes en los cuales la luxación era descubierta en los primeros doce meses de edad, los resultados eran satisfactorios con sólo mantener las caderas en abducción y rotación interna (7).

En nuestro medio se han usado las almohadas de Frejka, seguidas de la férula de Ponceti.

Las almohadas son de fácil fabricación, basta con indicarlo una vez a la madre para que ella pueda continuar haciéndolo.

en casa. Para su fabricación se utiliza una o dos sábanas simples, las cuales se doblan primero longitudinalmente en cuatro partes, luego esa tira que ha resultado se dobla nuevamente en cuatro; se acuesta al niño sobre este lienzo procurando que uno de sus extremos quede por encima de la cintura, luego el otro extremo, pasándolo por entre las piernas y hacia adelante, se lleva sobre el abdomen hasta la cintura; ambos extremos se fijan por medio de una faja corriente procurando que los miembros queden en la posición ya mencionada (fig. N° 1), para man-

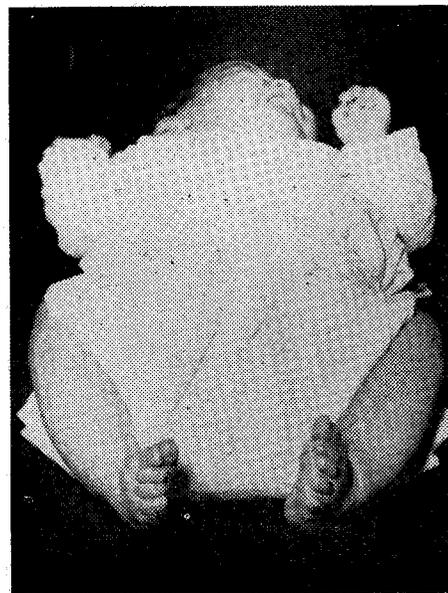


Figura N° 1.

tener la almohada en esta posición se usan tirantes o chaleco que evitará su deslizamiento hacia abajo, pasados nueve o diez meses, se sustituye por la barra de Ponceti.

La barra de Ponceti gradúa la abducción y la rotación por medio de dos barras planas en su espesor e incurvadas en su

longitud, la concavidad mira hacia el paciente, en uno de sus extremos están fijadas a las suelas de los zapatos, por medio de una plancha metálica y son deslizables una sobre otra, manteniéndose fijas entre sí por unos tornillos, dando en esta forma la abducción que sea requerida.

La técnica de Putti es la siguiente: en el niño de corta edad consigue la abducción de los miembros inferiores, la que mantiene día y noche por un largo periodo, con una colchoneta de forma triangular (fig. N° 2) cubierta de tela impermeable pa-

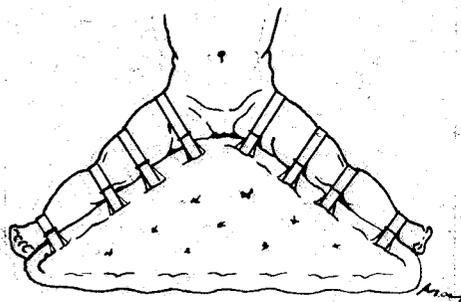


Figura N° 2.

ra facilitar su limpieza, para ésto se retira diariamente, momento que se aprovecha para dar al miembro masajes suaves.

Se harán controles radiográficos cada dos meses y también se revisará el tratamiento. Esta posición se mantendrá por lo menos durante nueve meses y no se retirará antes, aunque los controles radiográficos sean favorables, con lo cual evitamos una recaída.

Ulteriormente Putti (6), usaba una tablilla en forma triangular ajustable, que es sencilla, económica y permite una abducción progresiva.

B.—Epoca de marcha:

Reducción por manipulación.

Pasados los doce meses de edad, los ligamentos, músculos y demás formaciones que rodean la articulación, usualmente han tomado cierta consistencia, ofreciendo oposición al regreso de la cabeza femoral a su lugar normal; antiguamente el primer paso en la reducción de la luxación congénita de la cadera consistía en sobadas vigorosas y masajes, estiramientos y ruptura de los tejidos blandos contraídos que forman las estructuras alrededor de la cadera; posteriormente Abbot, Crego y Calot (7) han demostrado que esta relajación se puede obtener con una tracción prolongada y adecuada de los miembros; sin producir tanto traumatismo se lleva la cabeza femoral en posición opuesta y frente al acetábulo.

La reducción cerrada, como también se le conoce, después de introducida por Paci en 1888, fué adoptada por Hoffa (4) y poco después por Lorenz.

La tracción continua se mantiene por una, dos o tres semanas, conseguida la suficiente relajación, se procede, bajo anestesia, a la manipulación de Lorenz (1, 3, 4, 5) que tiene como propósito reducir la cabeza femoral dentro del acetábulo; esta reducción se sostiene por medio de un aparato de yeso en una posición tal, que exista presión constante sobre la cavidad cotiloidea para que ésta se haga más profunda.

La manipulación de Lorenz consta de las etapas siguientes: Primera etapa: sobre una mesa baja se colocará al niño en decúbito dorsal, con el lado afectado cerca del borde; un ayudante fija la pelvis y el muslo opuesto; cuando se trata de una luxación derecha, el operador toma la pierna con su mano derecha, flexiona la rodilla en ángulo recto y luego hace lo mismo con el muslo hasta llevarlo un poco más allá del ángulo recto y hasta que el fémur esté vertical; con esta maniobra la cabeza femoral es colocada frente al acetábulo; esta etapa se completa con el estiramiento de los músculos aductores al lle-

var el muslo a la abducción gradualmente hasta que la rodilla toque la mesa en el mismo plano frontal del cuerpo (fig. Nº 3);

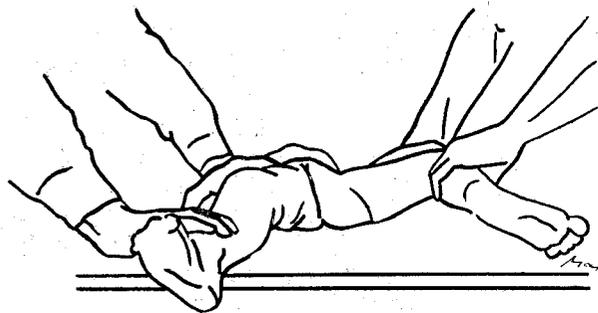


Figura Nº 3.

mientras tanto se dan masajes fuertes a los aductores; si se logra llevar la cabeza femoral hacia el acetábulo, sobre el margen posterior, la abducción necesaria se obtendrá con menos estiramiento de los músculos y con menos traumatismo para la articulación.

Segunda etapa: se ejecuta con la pierna en extensión, flexionando el miembro sobre el abdomen hasta que el pie prácticamente toque la cabeza del niño (fig. Nº 4); con ello se estira

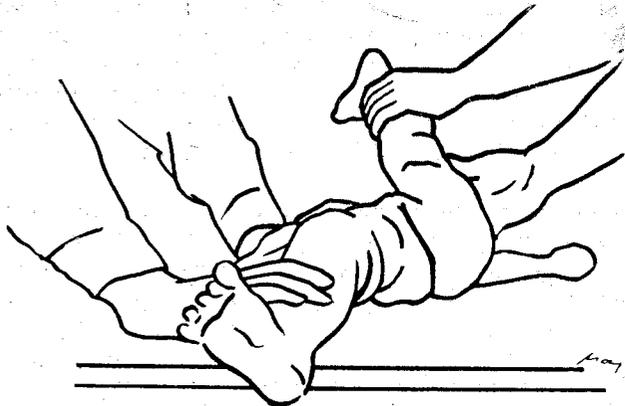


Figura Nº 4.

la parte posterior de la cápsula. Durante estas etapas, como se

dijo anteriormente, la pelvis del lado sano la mantiene fija un ayudante.

Tercera etapa: con el miembro en hiperextensión se hace rotar al niño sobre el lado sano (fig. Nº 5); con esta maniobra se

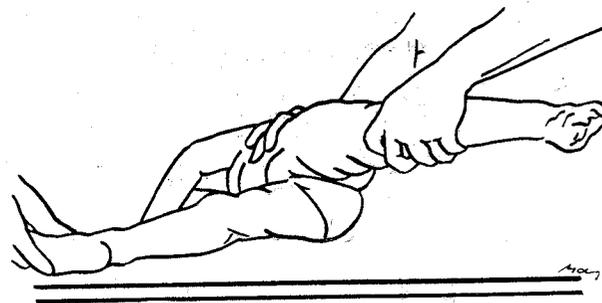


Figura Nº 5.

estira el borde anterior de la cápsula y los ligamentos del muslo. Por lo general la reducción puede hacerse flexionando la pierna y llevándola a la abducción con una fuerza sostenida y aumentada gradualmente; se puede forzar la cabeza empleando como apoyo el pulgar o el borde de la mesa. Según Fairbank (3) debe usarse el pulgar de la mano que queda libre para tomar la espina iliaca antero-superior y los dedos restantes, colocados sobre el trocánter mayor, siguen el movimiento de levantar el fémur verticalmente hasta llevar la cabeza al acetábulo o por lo menos frente a él.

Una vez llevada la cabeza a su lugar, el fémur se hace rotar con fuerza en una dirección y en otra, de manera que las diferentes partes de la cápsula se estiren para asegurarse que ninguna está tomada entre los huesos. Cuando se produce la reducción se escucha un típico crujido.

La estabilidad de la articulación puede demostrarse determinando cuán bajo puede llevarse la pierna a su posición normal, antes que la cabeza del fémur se luje. Reducida la luxación se procede a colocar un aparato de yeso que va desde la cintura

hasta los pies, dando al paciente apariencia de rana, de donde el nombre de "yeso en rana" con que se le conoce. Se coloca en la posición de Lorenz (5): flexión de 90 grados, abducción de 60 a 90 grados en rotación externa (fig. Nº 6), ésta se mantiene

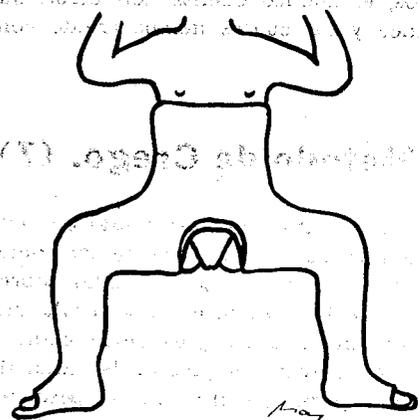


Figura Nº 6.

de tres a cuatro meses; pasado este tiempo se pasa a la posición de Lange (5): abducción de 45 grados, menos flexión y rotación interna hasta donde sea posible, ésta también se deja de tres a cuatro meses. Por último se llega al funcionamiento controlado, el que manteniendo la abducción y la rotación interna permite los movimientos en otras direcciones y para conseguirlo se emplea la barra de Poncet durante dos o tres meses aproximadamente, algunas veces más, tiempo que depende de los controles radiográficos que nos enseñan cómo se realiza el crecimiento del núcleo epifisario; por lo que durante todo el tratamiento se harán dichos controles.

Utilizando la tracción previa, estas manipulaciones se pueden evitar, siendo los resultados muy satisfactorios, ya que se evita la posibilidad de complicaciones de índole circulatoria, que como consecuencia del trauma vascular podrían sobrevenir. Esta conducta la observamos sistemáticamente para evitar maniobras bruscas y las complicaciones consiguientes.

Otros Métodos Conservadores.

Aunque en nuestro medio le damos preferencia a los métodos ya descritos, el médico cuenta con otros, que siempre estarán a su alcance y los cuales hemos creído conveniente describir.

1. Método de Crego. (7).

Este autor hace la tracción por medio de clavos de Kirschner los cuales se introducen a través de las metaepifisis femorales inferiores, tratando de evitar el daño sobre la línea epifisaria. El paciente se inmoviliza en una férula del tipo de Thomas, la cual se engancha a los pies de la cama para asegurar la contratracción. Se elevan los pies de la cama de 30 a 45 grados de la horizontal para asegurar que el peso del cuerpo haga la contratracción. El peso que requiere el aparato de tracción varía entre 15 y 30 libras, lo cual depende de la edad y del tamaño del niño. Cuando la cabeza femoral ha llegado frente al acetábulo, la tracción se continuará por dos semanas más, de manera que los tejidos blandos estén suficientemente relajados; conseguido ésto, la reducción puede hacerse por simple rotación interna y abducción de la extremidad.

2. Método de Ridlon (7).

Para este método se usa un saco de arena de tal espesor que eleve las caderas a cuatro pulgadas sobre el nivel de la mesa; un asistente sostiene la pelvis y el muslo del lado normal manteniéndolos fijos hacia abajo. Cuando la cadera izquierda está lujada, la mano izquierda del operador es puesta en la ingle del paciente, el pulgar se coloca frente a la cavidad y el primero, segundo y tercer dedos sobre la cabeza femoral, cuello y gran trocánter; su mano derecha detiene el muslo con la rodilla en flexión. Se flexiona la cadera llevando la cabeza del fémur hacia el borde inferior del acetábulo, entonces el muslo se abduce despacio hasta que la cabeza resbale dentro de la cavidad. El

yeso es aplicado con el muslo flexionado en abducción de 90 grados y rotación externa de 135 grados.

3. Método de Fritz Lange (7).

Lange por medio de tracción cutánea aplica 20 a 30 kilogramos de peso manteniendo la cadera en extensión, al cabo de cinco a diez minutos el trocánter del lado afectado desciende hasta la altura del trocánter del lado sano. Simultáneamente la pierna es colocada en abducción de 135 grados y en rotación interna. Cuando la reducción se ha realizado por este método debe colocarse un aparato de yeso con la cadera completamente extendida y en abducción extrema y en rotación interna, mientras que la rodilla se mantiene en extensión.

4. Método de Calot (7).

Para los casos difíciles, este autor aplica tracción continua manteniendo la cadera en extensión por varias semanas. Para la reducción, el niño es colocado sobre el lado sano y un asistente sostiene la pelvis; el muslo es flexionado hasta un ángulo recto y la cadera es llevada en abducción y rotación interna; simultáneamente un ayudante hace tracción en la misma dirección en que se encuentra el muslo, al mismo tiempo que el cirujano empuja la cabeza hacia adelante buscando el acetábulo para lo cual se vale de sus pulgares. La reducción se completa llevando el muslo a la abducción.

5. Método de Denuce (3, 4, 7).

Este método es muy sencillo, teniendo el muslo flexionado y haciendo presión sobre la rodilla, se lleva el miembro hacia la axila opuesta, mientras tanto el fémur se tracciona hacia abajo de manera que llegue a nivel de la cavidad, luego por levantamiento o nivelación se lleva la cabeza hacia el acetábulo.

6. Método de Gwilym Davis

o de la Presión (3, 4, 7).

Teniendo al niño en decúbito ventral y descansando la pelvis sobre un saco de arena, el miembro afectado se hace colgar por el borde de la mesa. El muslo es flexionado por un asistente y llevado tan cerca del cuerpo como sea posible, la rodilla también es flexionada, mientras se mantiene esta posición, el operador coloca las palmas de las manos sobre el trocánter y la cabeza femoral haciendo presión con el peso del cuerpo, entonces la cabeza después de encontrarse en posición posterior, busca su lugar; hay casos fáciles que con esta maniobra quedan reducidos, sin embargo hay otros en que no se logra, siendo necesaria una abducción mayor, la cual se consigue colocando al paciente más al centro de la mesa, entonces el propio borde de la mesa favorece la abducción. Reducida la luxación se coloca al paciente en un aparato de yeso en la posición de Lorenz.

Otros Métodos

Algunos cirujanos, entre ellos Batchelor, Bauer y Brown, objetaron el método de Lorenz, pues éste fijaba por completo la articulación de la cadera; los autores en referencia dicen que es necesaria cierta movilidad que estimule la formación del techo acetabular y que apronte la osificación del núcleo epifisario de la cabeza; es así como crean los métodos de fijación con función y con los cuales previenen la atrofia ósea y muscular, facilitan el cuidado del niño y dan a éste mayor confort.

7. Método de Batchelor (3).

Este método se basa en los conceptos arriba vertidos; le da mucha importancia a la movilidad, pero también reconoce la utilidad de la fijación. La reducción la hace en un marco de abducción y es mantenida en esa posición por medio de rota-

ción interna completa y moderada abducción del fémur; este procedimiento es de mucha utilidad en los casos de anteversión del cuello y mal desarrollo del acetábulo.

Batchelor cree que se puede permitir cierta movilidad a la cadera y considera innecesaria la spica. Coloca las rodillas en flexión moderada en un aparato de yeso que va desde la mitad del muslo a la mitad de la pierna y entre ambos yesos coloca una barra, manteniendo las caderas en máxima rotación interna y en abducción moderada. Como se comprende, esta posición permite algunos movimientos al niño, tales como sentarse y mover las caderas. El aparato se deja por doce meses aproximadamente y cuando se retira, se coloca al niño en decúbito dorsal fijándolo en extensión con los miembros en ligera abducción. Se ordenan ejercicios de abducción hasta que los glúteos funcionen con fuerza y cuando en posición neutra no haya molestias, se permitirá la bipedestación.

8. Método de Félix Bauer (3).

Este método es aplicable, preferentemente, en los primeros meses del nacimiento, la cadera lujada o prelujada es reducida y mantenida en abducción de 90 grados, permitiendo la movilidad de la misma; ésto se consigue por medio de unos tirantes que van desde el extremo distal del muslo a la parte posterior de un cinturón torácico; este sencillo aparato mantiene los muslos en abducción y dá libertad de movimientos al niño. Meses más tarde se fijan los muslos por medio de una barra.

9. Método de Denis-Browne (3, 6, 7).

Para la reducción se procede como en el método de Gwilym Davis, el muslo se lleva en abducción y en ángulo recto con el cuerpo hasta que la superficie media de las rodillas se encuentre en el mismo plano que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores; la función se mantiene por una espica de yeso que va desde la cintura hasta por debajo de las rodillas, este aparato se retira a los cuatro meses sustituyéndolo por una ba-

rra en T, cuya rama horizontal por sus extremos va colocada en los muslos y su rama perpendicular unida a un cinturón torácico.

Dott (6), consigue cierta movilidad en una forma muy especial, antes de colocar el yeso, cubre al paciente con una banda gruesa de algodón; teniendo su mayor grosor a la altura de la rodilla; una vez puesto el yeso abre una ventana a la altura de la rodilla y por ella saca el algodón; como se comprende, el aparato queda flojo permitiendo entonces ligeros movimientos de flexión y extensión; con este método se previene la atrofia de los músculos y la formación de adherencias de la cápsula y se asegura una restitución más pronta de la función. El yeso será objeto de los mismos cambios periódicos y durará el mismo tiempo que en el procedimiento de Lorenz.

La Lujación Bilateral

En general, cuando estemos frente a una lujación congénita bilateral, reduciremos primero una y si ésta es fácil, sin temor podemos reducir la otra, de lo contrario no exponemos al niño a complicaciones sujetándolo a maniobras bruscas y repetidas; se debe tener la suficiente paciencia para reducir estos casos, prolongando el tiempo de tracción si se fracasa en el primer intento de reducción.

Tratamientos complementarios de los Procedimientos Cerrados.

Problema de la Anteversión.

Hay muchos cirujanos que opinan que es innecesario corregir la anteversión del cuello del fémur, sin embargo está demostrado que esta anomalía es causa de sublujaciones tardías y relujaciones.

En 1897 Schede (7) sugirió una osteotomía rotatoria subtrocantérica para corregir la anteversión del cuello, hecha tres

meses después de la reducción de la luxación, el fragmento proximal será controlado por un clavo de transfixión.

En 1910 Lorenz corregía esta anormalidad por medio de una osteoclasia manual que realizaba simultáneamente con la reducción de la luxación; este procedimiento fué abandonado debido a los resultados poco satisfactorios.

Hass (7) ha notado que la anteversión es más frecuente en los casos antiguos donde la cabeza está permanentemente subluxada.

Platou recomienda una osteotomía rotatoria de 35 grados o más para mantener la cabeza femoral dentro del acetábulo. Esta podía realizarse de seis semanas a tres meses después de la reducción abierta o de cuatro a seis meses después de una reducción cerrada.

La corrección de la anteversión se mantendrá durante el período post-operatorio ya sea por clavos de transfixión en el fragmento proximal o bien por fijación interna.

Técnica de Platou.

Se llega al extremo superior del fémur por medio de una incisión que se extiende del vértice del trocánter mayor hasta por debajo del trocánter menor, usando una placa para cuatro tornillos. La placa se asegura en la cara lateral del fémur por medio de dos tornillos, lo más cerca del vértice del gran trocánter, luego por medio de exámenes radiográficos se comprueba que el eje longitudinal del cuello y la cabeza del fémur están en dirección correcta; entonces con una sierra de Gigli se divide la diáfisis femoral inmediatamente por debajo del trocánter menor a una altura que corresponde a la mitad de la placa; seguidamente la parte inferior del fragmento del fémur se rota hacia afuera hasta que la rótula quede en dirección hacia arriba; generalmente la rotación varía entre 30 y 90 grados, después se fija en esta posición el fragmento inferior del fémur por medio de los otros dos tornillos.

Se completa la técnica colocando una espica de yeso durante ocho semanas, luego se autoriza un período de tres a cinco semanas de actividad en la cama sin cargar el peso del cuerpo, pasado este tiempo el paciente puede levantarse.

Durante la noche puede usarse la barra de Poncet hasta que el acetábulo esté bien desarrollado y la cabeza femoral satisfactoriamente modelada. La placa deberá retirarse un año después.

Hasta aquí los procedimientos conservadores, que es lo que el médico actual debe perseguir, puesto que los tratamientos quirúrgicos deben ser considerados como procedimientos de recurso y no de elección. Indiscutiblemente los procedimientos quirúrgicos son de suma importancia en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera, ya que un número persistente de casos, en los cuales han fracasado los métodos conservadores, pueden ser curados algunos, mejorados y aliviados otros, por procedimientos abiertos. En este trabajo haremos una pequeña discusión sobre estos procedimientos abiertos y únicamente enumeraremos las diferentes técnicas, pues creemos que los mismos serán motivo de trabajos ulteriores.

Tratamiento Quirúrgico

Con los procedimientos quirúrgicos se pueden obtener resultados muy variados; por una parte la curación total o bien la restitución anatómica y funcional y por otro únicamente una mejoría.

La técnica a emplear varía según el caso, es decir, conforme la edad del paciente y el daño anatómico de las formaciones articulares.

Al respecto se consideran los siguientes aspectos: un niño menor de tres años en el que todos los procedimientos cerrados para la reducción de la luxación han fallado, se practicará una operación con el objeto de liberar la articulación de los obstáculos que impiden su reducción.

Si estamos frente a un acetábulo poco profundo, después de los cuatro años, se hará una operación plástica para rehacer la cavidad, sin embargo hay autores que sólo practican esta operación pasados los cinco años, pues argumentan que a la edad de cuatro años aún hay formaciones cartilagosas y una intervención sobre ellas alteraría su aflujo sanguíneo.

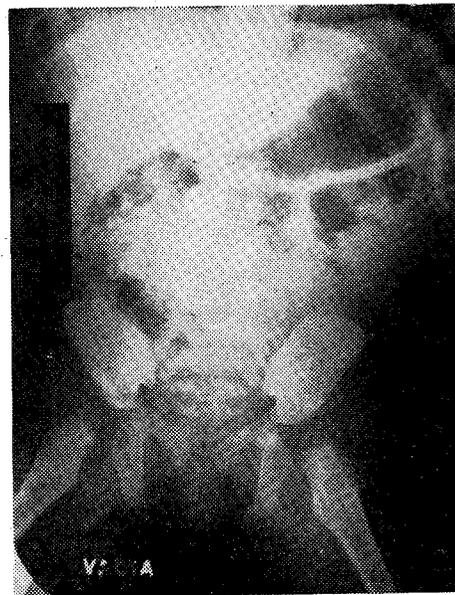
Entre los ocho y los quince años es muy difícil garantizar una cura completa, pues el acortamiento del miembro es muy acentuado y aún usando la tracción continua previa, casi siempre se presenta la relujación.

Después de los quince años generalmente sólo se puede hacer un tratamiento paliativo, para lo cual se practican las osteotomías de Schanz y Lorenz. Se puede construir una ceja cotiloidea, aplicable por lo común pasados los diez años.

Cuando se ha alcanzado el crecimiento total, se puede hacer un techo, una operación de Lorenz de bifurcación, una osteotomía de Schanz, una artroplastía y en último caso una artrodesis.

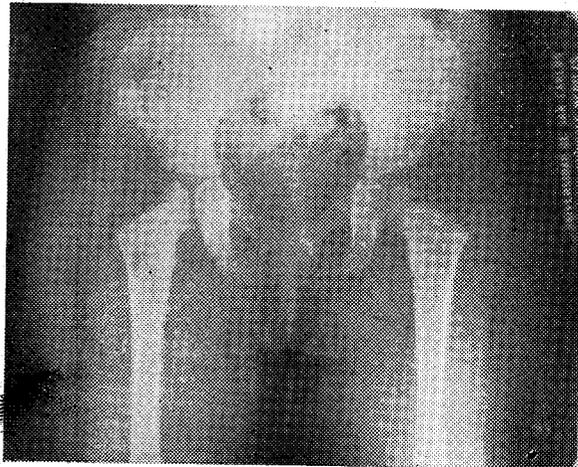
El desgaste de la cabeza del fémur o la excavación del acetábulo son operaciones que ya están proscritas, pues casi siempre dejan tras de sí una necrosis avascular, cambios artríticos, rigidez y dolores.

Radiografía No. 1.



En esta radiografía, tomada para hacer un estudio renal, se observó patología de la cadera derecha, que indicaba la existencia de una displasia acetabular y subluxación de la cadera; a la edad de seis a siete meses.

Radiografía No. 2.



El mismo caso, un año y un mes después de iniciado el tratamiento por el procedimiento de Frejka. Nótese el resultado altamente satisfactorio.

Conclusiones:

- 1º—El diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera es básico para lograr los beneficios de un tratamiento temprano.
- 2º—El tratamiento precoz rinde los mejores resultados, porque sin maniobras bruscas logra una reducción completa.
- 3º—El tratamiento precoz es mejor aceptado por el niño y por la familia.
- 4º—El resultado es mejor cuanto más pronto se inicia el tratamiento.
- 5º—Los procedimientos de Frejka y Putti son por el momento los más aconsejables.
- 6º—El tratamiento de Lorenz debe reservarse para los niños que hayan iniciado la posición vertical.
- 7º—Los otros procedimientos no han sido usados por nosotros por estar altamente agradecidos con los de Frejka, Putti y Lorenz.
- 8º—La tracción previa a la manipulación debe ser considerada como un elemento básico e imprescindible en aquellos casos en que haya pérdida marcada de la relación anatómica.
- 9º—Debe evitarse todo procedimiento brusco.
- 10º—Los procedimientos quirúrgicos son recursos complementarios de alto valor, pero que deberán ser juzgados con mucha prudencia y reservarlos para aquellos casos en donde los procedimientos conservadores han fracasado.

Francisco ALVAREZ CASTILLO.

Vº Bº
Dr. Jorge VON AHN.

Imprimase:
Dr. José FAJARDO,
Decano.

Bibliografía:

- 1º—DIAZ BORDEU, Dr. Eugenio, del Servicio de Ortopedia y Cirugía infantil, Hospital Roberto del Río. Santiag. DISPLASIA CONGENITA DE LA CADERA. Comentarios. Santiago de Chile, 1952.
- 2º—HOWORTH M. D., M. Beckett, Textbook of Orthopedics. Cop. 1952. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London.
- 3º—PLATT M. D. Sir Harry, MODERN TRENDS IN ORTHOPAE-DICS. London — Butterworth Co. (Publishers) Ltd. Bell Yard, Temple Bar. W. C. 2. 1950.
- 4º—LEWIS-WALTERS. Practice of Surgery. Vol. III, Chapter 11 pág. 1. Hagerstown. Maryland W. F. Prior Company, Inc. 1954.
- 5º—STEINDLER, Arthur. Prof. de Cirugía ortopédica de la Universidad de Iowa. Editorial Beta. Buenos Aires. 1954.
- 6º—MERCER, Walter, Orthopaedic Surgery. Fourth edition. Baltimore. The Williams & Wilkins Company. 1950.
- 7º—CAMPBELL'S. Operative Orthopaedics. Third edition. Vol. II. St. Louis. Thr C. V. Mosby Company. 1956.
- 8º—VON AHN DE LEON, Edwin Harold, Tesis de graduación. Consideraciones sobre el Diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera. Diciembre 1952. Imprenta Universitaria.
- 9º—The 1950 year book of orthopedics. Traumatic surgery. (Nov. 1949 - Nov. 1950). Edited by Edward L. Compere M. D. — The year book publishers, Incorporated. 200 East Illinois Street. Chicago 11. — Trabajo de Vernon L. Hart, J. A. M. A. 143: 1299-1303. Ag. 12, 1950.