

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"REEMPLAZO TOTAL DE CADERA"

JULIO FRANCISCO ORELLANA JURADO

GUATEMALA MAYO DE 1978

I N D I C E

- I. INTRODUCCION**
- II. HIPOTESIS**
- III. OBJETIVOS**
- IV. MATERIAL Y METODOS**
- V. GENERALIDADES**
 - 1. Definición
 - 2. Historia
 - 3. Principales indicaciones y justificaciones
 - 4. Complicaciones
 - 5. Técnicas
- VI. PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS**
- VII. FICHA CLINICA**
- VIII. CONCLUSIONES**
- IX. RECOMENDACIONES**
- X. BIBLIOGRAFIA**

I. INTRODUCCION

La cadera es la articulación más grande del organismo y con esta relación de magnitud, viene a dar los más grandes problemas cuando sufre alguna afección. De ahí que la cirugía ortopédica ha dedicado gran parte de esfuerzos y estudios en el pasado y en el presente, con la esperanza de llevar a una cadera afectada por lesiones o inmovilizaciones hacia su mejor forma de movilidad y rehabilitación.

Los avances rápidos y recientes en Fisiología y Cirugía Reconstructiva han dado a las prótesis un adelanto y renovación tal, que viene a manifestar como una solución a las afecciones de la articulación de la cadera. Y es así como la Aloartoplastia o endoprótesis de cadera ya tienen un puesto relevante entre las técnicas de la cirugía reconstructiva de dicha articulación como lo demuestran los trabajos, en la bibliografía, con importantes descripciones y consideraciones que hacen notar su trascendencia o incremento constante.

En la república de Guatemala y específicamente en el Hospital Roosevelt, se practicaron los primeros reemplazos totales de cadera a pacientes con enfermedades o traumatismos que han causado artrosis de la articulación, más sin embargo, hasta el momento no se había efectuado ningún análisis estadístico de los pacientes sometidos al reemplazo total de cadera. Y es esta la razón que me motivó a desarrollar el presente estudio retrospectivo de los reemplazos totales de cadera efectuados en el Hospital Roosevelt del año 1971 a 1977, con el fin de que dicha revisión permita evaluar los distintos factores, como indicaciones, técnicas empleadas y principalmente resultados obtenidos en la aplicación de este moderno procedimiento quirúrgico en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Roosevelt.

Presento la revisión de 16 casos de reemplazo total de cadera efectuados en siete años. Y además un resumen histórico

que considero de suma importancia y que permite evaluar el adelanto que estas técnicas quirúrgicas han desarrollado.

También incluyo la descripción de metodología empleada y breves generalidades que acompañadas de las gráficas y estudios radiológicos presentados vendrán a representar la parte ilustrativa de este estudio.

Finalmente presento las conclusiones y recomendaciones que desarrollé en base a mi hipótesis y objetivos planteados inicialmente.

Por último presento una ficha clínica como proposición de instrumento de trabajo en los servicios de Traumatología y Ortopedia para el adecuado manejo y control de pacientes conemplazo total de cadera, esperando con esto cumplir de una manera adecuada con mis propósitos.

II. HIPOTESIS

Es el reemplazo total de cadera, una mejor solución de las enfermedades invalidantes de esta articulación.

III. OBJETIVOS

En base a los lineamientos del Método Científico durante el desarrollo del presente estudio se tratará de cumplir con los siguientes objetivos:

1. Realizar un estudio retrospectivo y análisis estadístico de las operaciones del reemplazo total de cadera efectuado en el Hospital Roosevelt del año 1971 a 1977.
2. Efectuar una revisión bibliográfica con respecto a historia, antecedentes, técnicas, indicaciones y otros aspectos del reemplazo total de cadera.
3. Desarrollar una investigación que permita conocer mejores aspectos de las técnicas con el fin de obtener mejores resultados en su aplicación.
4. Aportar al Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt un análisis crítico y estadístico de los procedimientos quirúrgicos efectuados que también podrá ser de utilidad a otras personas interesadas en el tema.
5. Realizar la primera investigación y revisión de reemplazo total de cadera en el Hospital Roosevelt de Guatemala, que vendrá a representar el inicio de estudios a este respecto.
6. Al cumplir los objetivos anteriores se fomentará el reemplazo total de cadera que vendrá a representar una medida rehabilitativa de un alto número de pacientes con afecciones en sus articulaciones.
7. Crear un instrumento especial para el manejo de pacientes, considerados candidatos al reemplazo total de cadera y que

permita un control pre y post operatorio adecuado.

8. Aplicar los conocimientos y lineamientos del Método Científico obtenidos en las aulas universitarias, y realizar una investigación del provecho para otros estudiantes o profesionales universitarios.

IV. MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo del presente estudio se contó con la colaboración de los Departamentos de Archivo, Biblioteca y de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt, así como la biblioteca central de la Universidad de San Carlos y la biblioteca del Departamento de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S.

La metodología a seguir fue la siguiente: Se efectuó una revisión del libro de Sala de Operaciones del Departamento de Ortopedia y Traumatología y los registros médicos de pacientes que se les habían efectuado reemplazo total de cadera. Se recabaron los datos más importantes como lo son edad, sexo, número de Rayos X, diagnóstico, tipo y fecha de operación, lado, complicaciones, controles pre y post operatorios y evaluación de los pacientes sometidos a reemplazo total de cadera. Posteriormente dichos datos fueron tabulados y relacionados entre sí para obtener un sumario estadístico final.

Asimismo, se efectuó una revisión bibliográfica en distintos libros de textos, artículos, documentos relacionados con el tema, que fueron proporcionados en las bibliotecas mencionadas anteriormente. Además, durante el desarrollo de la presente investigación se citó por medio de notificación telegráfica a los pacientes que habían sido sometidos a reemplazo total de cadera para observar la evolución al cabo de varios años de intervención quirúrgica.

V. GENERALIDADES

1. DEFINICION

Para conocer adecuadamente los términos que se emplearán en adelante, mencionaremos su breve definición y describiremos algunos conceptos nuevos provocados por el adelanto de la ciencia en cuanto a materiales y técnicas se refiere.

Se entiende por artrosis a la afección crónica de articulaciones de naturaleza degenerativa no inflamatoria; artrodesis es la fijación quirúrgica de una articulación. Por artroplastía entenderemos toda reconstrucción quirúrgica de una articulación dañada por enfermedad o traumatismo. Cuando se sustituyen ciertos elementos articulares esenciales con material sintético (cuerpo extraño), hablaremos de Aloartroplastía (del griego Alo = otro distinto, Artro = articulación, plastía = formar) y cuando la pieza artificial entre a formar parte funcional del organismo reemplazando total o parcialmente al elemento corporal deteriorado se llamará endoprótesis.

2. HISTORIA Y ANTECEDENTES

Los primeros intentos realizados para devolver la movilidad a una articulación anquilosada se remonta a los comienzos del siglo XIX. Descubriéndose que en 1800 el método más usado era el "bricement force", que consistía en la movilización enérgica de la articulación bajo anestesia general y rehabilitación activa y pasiva a los 2 ó 3 días; consiguiéndose la remisión del dolor y de la anquilosis e un tercio de los casos. El primer intento descrito de devolver la movilidad a una cadera anquilosada mediante una osteotomía intertrocanterica la realizó Barlon de Filadelfia en 1826 obteniendo el paciente una pierna estable durante 6 años antes de que se le anquilosara nuevamente. En 1830 Rodgers en Nueva York experimentaba técnica similar con iguales resultados. No fue hasta 1908 - 1931 en que se inicio

nueva era; el transplante parcial o total de las articulaciones cadera, rodilla y el tobillo en donde cabe mencionar inicialmente lo siguiente: Lexer (1908) utilizó la extremidad del fémur para devolver la movilidad a un codo anquilosado obteniendo resultados negativos, pero su intento representa el primer transplante parcial descrito. Kuttner (1911) realizó transplantes en cadera obteniendo extremidades proximales del fémur tomadas de cadáver, uno de sus casos que falleció 13 meses después de la operación por metástasis carcinomatosas osseales, pudo ser estudiado anatomopatológicamente encontrándose que la extremidad proximal del fémur transplantado había unido firmemente a la diáfisis del receptor. Los resultados experimentales de los homotransplantes y heterotransplantes fueron prometedores considerándose que la artroplastía que utiliza tejidos vivos es la que tiene mayores posibilidades de perdurar. Y fue así como Murphy (1904) en los Estados Unidos cobró relevancia siguiendo estos métodos. Más tarde Putti (1920) y Payr (1934) utilizaron en Europa estas técnicas interviniendo y controlando a gran número de enfermos. Debido a los buenos resultados funcionales las revisiones revelaban desaparición de la anquilosis en gran número de casos, motivo por el cual la artroplastía de las grandes articulaciones, apenas se hacía hoy de esta forma, en las extremidades inferiores. En 1917 - 1923 Smith Petersen desarrolla la "Mould Arthroplasty" en cadera que inicialmente fue fabricada en cristal vulgar cambiándose luego a Pyrexglas Viscaloide y Baquelita hasta 1938 cuando se usa Vitallium y que se mantiene hasta la fecha con ligeras modificaciones.

El estudio y aplicación de esta técnica fue muy extendida en los Estados Unidos por Adams y M. Lange, Aufranc, Larson y Obteniéndose excelentes resultados a largos plazos inicialmente en pacientes jóvenes.

Aparte de la artroplastía por interposición por materiales orgánicos e inorgánicos de los que ya hemos hecho en breve

resumen, en los últimos años, se ha difundido de manera general y progresiva el empleo de las artroplastías por sustitución propiamente dicha ("Replacemement arthroplasty").

El método consiste básicamente en conseguir reemplazos de la superficie articular del cotilo o de la cabeza femoral por una endoprótesis solidamente implantada. Estos numerosos tipos de plastía por sustitución fueron seguidos por la plastía total de la articulación de la cadera que actualmente se encuentra en su mayor apogeo y aplicación.

Entre los iniciadores de esta nueva era cabe mencionar a Debbet y Groves Hey que realizaron sustitución artificial de cabeza de fémur (1903 - 1923).

En 1940 Bohlmann y Moore sustituyen por primera vez la extremidad proximal del fémur por una endoprótesis de vitalio logrando obtener que la movilidad de la cadera alcanzara un 75o/o de lo normal. En 1946 Robert y Jean Judet iniciaron una nueva etapa al realizar la primera resección-reconstrucción de la articulación de la cadera y posteriormente Thompson (1952) ideó su modelo propio después de difundir la endoprótesis de Judet. Timmermans Anderson Zanolí, Townley, Marino Zuco, Movin (1952 - 1953) utilizaron modelos similares. En 1954 el comité Americano para el control de la producción y utilización de prótesis de cabeza femoral comprobó la existencia de más de 37 tipos diferentes los cuales sería muy largo enumerarlos pero nos da un índice del incremento que existió en esa época y de la inestabilidad que existía por tener una solución apropiada al problema. La endoprotética de la cadera ha comenzado a experimentar en los últimos años, una nueva orientación en su desarrollo con la aparición de las substituciones aloplásticas totales de la articulación de la cadera, las prótesis totales.

A pesar de que las prótesis totales habían sido ensayadas en clínica de diversa manera (Mc Kee 1951 y Herbert 1953) es

arnley quien en 1958, comienza a realizar un nuevo tipo de paración aloplástica de la totalidad de la articulación de la cadera en grandes series de enfermos. Su "Low Friction arthroplasty" se desarrolla progresiva y lentamente, en diferentes etapas hasta alcanzar tal punto en cuanto a su fabricación, forma y material, que en cierta manera representa el modelo ideal.

Actualmente las articulaciones artificiales de la cadera se dividen en dos tipos fundamentales: las que combinan el metal con el material sintético del tipo Charnley, las que totalmente artificiales del tipo Mc Kee - Farrar.

Estas prótesis totales han puesto un punto de partida para el logro de nuevos conocimientos y es así como en 1968 Weber y Huggler introdujeron su endoprótesis total rotatoria, que por lo referente de su creación no ha sido difundida, pero representa un paso más en el desarrollo de las endoprótesis de cadera.

Las prótesis endofemorales puras y endoprótesis totales de cadera han venido a enriquecer nuestras posibilidades terapéuticas en el tratamiento de las enfermedades invalidantes de la articulación.

La aloartroplastía considerada como una operación substitutiva (Replacement arthroplasty) supone la solución para el tratamiento de las enfermedades invalidantes de la articulación de cadera hasta la fecha, y mientras no se tenga ninguna medida adecuada para aliviar el dolor y devolver la movilidad a esa articulación afectada.

PRINCIPALES INDICACIONES Y JUSTIFICACIONES EN LA BIBLIOGRAFIA

Desde hace quince años en que ha cobrado auge el replazo total de cadera los criterios para su indicación y uso han sido a libre juicio de cada propulsor de sus técnicas, con el

fin de encontrar la mejor solución a los problemas que sus pacientes han presentado, generalizando se puede decir que toda invalidez grave en la que no podrían conseguir mejores resultados con otros procedimientos, sería la indicación precisa de esta técnica, más aún en aquellos pacientes que sufren afecciones bilaterales.

En los pacientes en los que se ha efectuado reemplazo total de cadera en el Hospital Roosevelt encontramos que en su gran mayoría han sido pacientes de edad con problemas de artrosis degenerativa o post traumática como se presentará adelante más detalladamente.

Entre las justificaciones principales para el empleo de esta técnica se encuentra que es la medida rehabilitatoria más adecuada para pacientes con afecciones de su articulación. Siendo además la técnica más moderna y completa en cuanto a estudios bioquímicos-fisiológicos se refiere. También por el alivio al dolor y adecuada movilidad que han presentado pacientes con reemplazo total de cadera, viene a manifestarse como la solución ideal a este problema.

4. COMPLICACIONES EN LA BIBLIOGRAFIA

Cabe mencionar que inicialmente se presentaron muchas complicaciones destacando entre ella las infecciones, pero desde la introducción del "cuarto verde" de Charnley estas han disminuido. Actualmente las complicaciones se pueden dividir en inmediatas y tardías, de las cuales mencionaremos a continuación las más importantes:

Complicaciones inmediatas:

Infección post operatoria, luxación post operatoria de la endoprótesis, lesiones nerviosas.

Complicaciones tardías:

Inflamación abacteriana, roturas de las endoprótesis, aflojamiento protésico, fractura femoral, tromboflebitis y edema por éstasis.

En un estudio realizado sobre la técnica de Charnley se efectuaron 57 operaciones (1964 - 1965), habiéndose presentado 8 complicaciones: 4 roturas acetabulares, 2 infecciones y 2 aflojamientos de la endoprótesis.

El mismo Charnley reportó (1972) que 5800 pacientes habían tenido una incidencia de infección de 1.6o/o. Pero existen datos alarmantes respecto a infecciones como los publicados por Petterson y Brown (1972) que de 368 pacientes tuvieron una incidencia de infección del 8o/o.

5. PRINCIPALES TECNICAS DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

Desde hace 22 años de que John Charnley inicio con su técnica de reemplazo total de cadera ha sido difícil de sustituirlo ya que ha desarrollado grandes estudios y experiencias por lo que se ha llegado a considerar el máximo impulsor de los reemplazos totales de cadera; posteriormente G.K. Mc Kee y J. Watson Farrar con su técnica vinieron a dar mayor impulso a los reemplazos totales de cadera.

La técnica de Charnley se basa en la combinación de metal con material sintético empleando una cabeza femoral de metal con tallo intramedular que se asegura a la diáfisis del fémur con metilmetacrilato. El receptáculo o componente acetabular esta hecho de polietileno de alta densidad unido a la pelvis también de metilmetacrilato.

La articulación artificial de la cadera de Mc Kee - Farrar

consiste de acetábulo componentes esférico y de tallo de metal que se unen cuidadosamente durante su fabricación. El metal preferido por Mc Kee - Farrar es la aleación de cromo cobalto conocido como Vitallium empleándose también el metilmetacrilato como fijador de la prótesis. Este material básicamente es un cemento plástico que es bien tolerado por el cuerpo humano.

Las dos técnicas mencionadas son las utilizadas en el Hospital Roosevelt y como describen otros autores en términos generales se han obtenido buenos resultados. Pero en esta última década ha sobresalido la técnica de Weber - Huggler que consiste en una combinación de las técnicas mencionadas anteriormente con el empleo de un cotilo metálico provisto de tres pequeños cojinetes de polietileno una cabeza recambiable de material sintético y tallo diáfisiario con un cilindro articular. Esta técnica como mencionamos anteriormente es de lo más moderno en cuanto a reemplazo total de cadera se refiere pero su difusión ha sido exclusivamente en latitudes europeas.

VI. PRESENTACION E INTERPRETACION DE DATOS

1. Relación de edad de los pacientes. (Cuadro No. 1)

Edad	No. de Pacientes
20 a 30 años	1
31 a 40 años	0
41 a 50 años	6
51 a 60 años	3
61 a 70 años	4

El paciente de menor edad operado fue de 27 años, y el de mayor edad de 70 años.

La edad promedio fue de 52 años.

2. Relación de sexo (Cuadro No. 1)

Sexo	No. Pacientes	Porcentaje
Femenino	11	78.5o/o
Masculino	3	21.5o/o

3. Diagnósticos Principales (Cuadro No. 1)

Diagnóstico	No.	Porcentaje
Artritis reumatoidea degenerativa	8	57.2o/o
Artrosis post traumática	6	42.8o/o

Entre estos diagnósticos se encuentra que dos pacientes tuvieron afecciones bilaterales, estando divididos un paciente para cada uno de los diagnósticos mencionados.

4. Fecha y tipo de operación (Cuadro No. 2)

Año	No. de operaciones
1971	2
1972	3
1973	1
1975	3
1976	2
1977	5

Tipo	No.	Porcentaje
Charnley — Muller	10	62.50/o
Mc Kee — Farrar	6	37.50/o

Lado	No.	Porcentaje
Derecho	9	64.280/o
Izquierdo	3	21.440/o
Bilateral	2	14.280/o

5. Complicaciones (Cuadro No. 3)

Complicación	No. casos	Porcentaje
Infección de herida operatoria	3	18.750/o
Luxación de prótesis endofemoral post operatoria	3	18.750/o
Fractura de 1/3 proximal de fémur per operatoria	2	12.500/o
Movimiento del acetábulo 6 años post operatoria	1	6.250/o

De los 14 pacientes sometidos a reemplazo total de cadera, se encuentra que 6 de ellos, que representa el 42.850/o, presentaron alguna complicación.

6. Evolución de los pacientes (Cuadro No. 4)

En cuanto a evolución se refiere, nos encontramos muy desalentados, ya que la mayoría de pacientes (85.71o/o) no asistió a su control post operatorio y citas en consulta externa para evaluar la evolución que habían tenido. Únicamente dos pacientes se encuentran bajo control continuo. A pesar de que fueron citados los pacientes telegráficamente para evaluar su estado actual con el fin de observar los resultados obtenidos, únicamente respondieron al llamado dos pacientes.

De los pacientes que tienen bajo control, se encuentra que una paciente intervenida hace 6 años presentó movimiento del acetábulo, y actualmente se encuentra en estudios para evaluar su reintervención.

Iniciales	Reg. Med.	Edad	Sexo	Diagnóstico
A.Q. de Q.	376544	48 años	F	Artrosis de cadera derecha post traumática
N.G.L.	329271	64 años	F	Artritis reumatoidea degenerativa cadera izquierda
E.D.M.R.	289687	47 años	F	Artritis degenerativa coxofemoral cadera derecha
J.M.G.	401474	64 años	M	Artritis degenerativa cadera derecha
C.M.G.	378158	59 años	M	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha
M.G.M. de P.	422865	52 años	F	Artrosis post traumática cadera derecha
A.M.G.	371555	64 años	M	Artritis reumatoidea cadera derecha
M.L.G. de P.	544387	42 años	F	Artrosis post traumática cadera derecha
I.A.B.	541348	44 años	F	Artrosis post traumática de cadera izquierda y derecha
C.R.R.	393688	70 años	F	Artrosis post traumática cadera izquierda
R.E.V.S.	594523	27 años	F	Artritis reumática degenerativa bilateral
M.A.L.	203097	45 años	F	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha
F.M.O. de G.	473563	46 años	F	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha
M.V.G.P.	646453	59 años	F	Artrosis post traumática cadera izquierda

CUADRO No. 2

OPERACION

Reg. Med.	Diagnóstico	Fecha	Tipo
376544	Artrosis de cadera derecha post traumática	4-08-71	Mc Kee-Farrar
329271	Artritis reumatoidea degenerativa cadera izquierda	6-08-71	Mc Kee-Farrar
289687	Artritis degenerativa coxofemoral cadera derecha	28-02-72	Mc Kee-Farrar
401474	Artritis degenerativa cadera derecha	9-03-72	Mc Kee-Farrar
378158	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	27-04-72	Mc Kee-Farrar
422865	Artrosis post traumática de cadera derecha	27-07-73	Mc Kee-Farrar
371555	Artritis reumatoidea cadera derecha	12-02-75	Charnley-Muller
544387	Artrosis post traumática cadera derecha	25-09-75	Charnley-Muller
541348	Artrosis post traumática de cadera derecha e izquierda	26-09-75	Charnley-Muller
393688	Artrosis post traumática cadera izquierda	3-12-76	Charnley-Muller
594523	Artritis reumatoidea degenerativa bilateral	14-12-76	Charnley-Muller
203097	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	15-02-77	Charnley-Muller
473564	Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	17-05-77	Charnley-Muller
646453	Artrosis post traumática cadera izquierda	18-10-77	Charnley-Muller
		27-10-77	Charnley-Muller
		15-12-77	Charnley-Muller

CUADRO No. 3

No.	Reg. Med.	Tipo de operación	Complicaciones
1.	376544	Mc Kee-Farrar	Ninguna
2.	329271	Mc Kee-Farrar	Ninguna
3.	289687	Mc Kee-Farrar	Movimiento del acetábulo 6 años post operatorio.
4.	401474	Mc Kee-Farrar	Luxación de cadera derecha post operatoria y fractura sub trocantérica del fémur.
5.	378158	Mc Kee-Farrar	Infección de herida operatoria 4to. día post operatorio.
6.	422865	Mc Kee-Farrar	Ninguna
7.	371555	Charnley-Muller	Luxación anterior de cadera derecha
8.	544387	Charnley-Muller	Infección de herida operatoria
9.	541348	Charnley-Muller Bilateral	Luxación anterior de cadera derecha tenotomía de aductores Infección de herida operatoria izquierda fractura de 1/3 proximal de fémur.
10.	393688	Charnley-Muller	Ninguna
11.	594523	Charnley-Muller Bilateral	Ninguna
12.	203097	Charnley-Muller	Ninguna
13.	473563	Charnley-Muller	Ninguna
14.	646453	Charnley-Muller	Ninguna

CUADRO No. 4

Dolor Pre

Op.

Diagnóstico

Evolución

d.

Artrosis de cadera derecha post traumática	15 años	Paciente controlada por 26 días abandonó evolución
Artritis reumatoidea degenerativa cadera izquierda	10 meses	Paciente controlada durante 2 años abandonó evolución
Artritis degenerativa coxofemoral cadera derecha	14 años	Paciente actualmente 6 años post operatoria presenta movimiento del componente acetabular pendiente de exploración
Artritis degenerativa cadera derecha	1 año	Paciente controlada durante 7 meses evolución satisfactoria. Abandonó evolución
Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	Sin historia	Paciente controlada durante 6 meses evolución satisfactoria. Abandonó evolución.
Artrosis post traumática cadera derecha	20 años	Paciente controlada durante 12 días presentando dolor. Abandonó evolución
Artritis reumatoidea de cadera derecha	6 años	Paciente controlada durante 2 años evolución satisfactoria. Abandonó evolución
Artrosis post traumática de cadera derecha	10 años	Paciente controlada por 2 meses evolución satisfactoria. Abandonó evolución.
Artrosis post traumática de cadera bilateral	20 años	Paciente controlada durante 2 años abandonó evolución
Artrosis post traumática cadera izquierda	2 años	Paciente controlada durante 2 meses abandonó evolución
Artritis reumatoidea degenerativa bilateral	1 año	Paciente actualmente presenta dolor en rodillas, camina con muletas por artrosis de rodillas, abandonó evolución
Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	2 años	Paciente controlada durante 2 meses. Abandonó evolución
Artritis reumatoidea degenerativa cadera derecha	17 meses	Paciente controlada durante 2 meses. Abandonó evolución

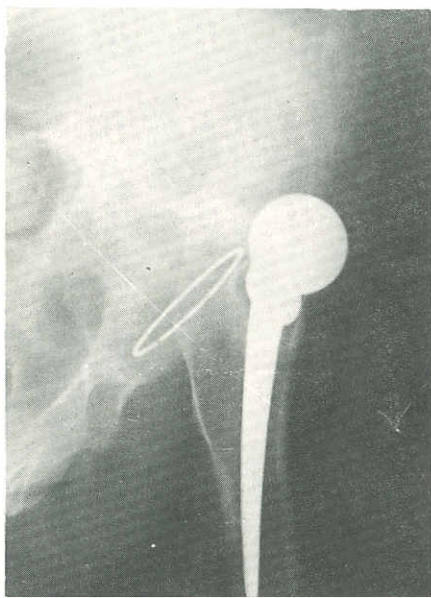


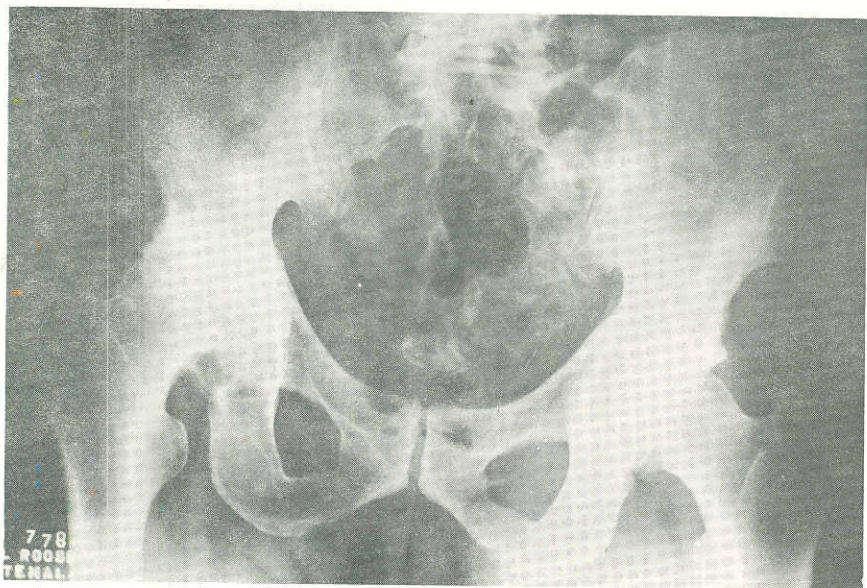
I.— I.A.B. 44 Años sexo femenino

a.— Radiografía de ambas caderas con Reemplazo
bilateral prótesis Charnley-Müller



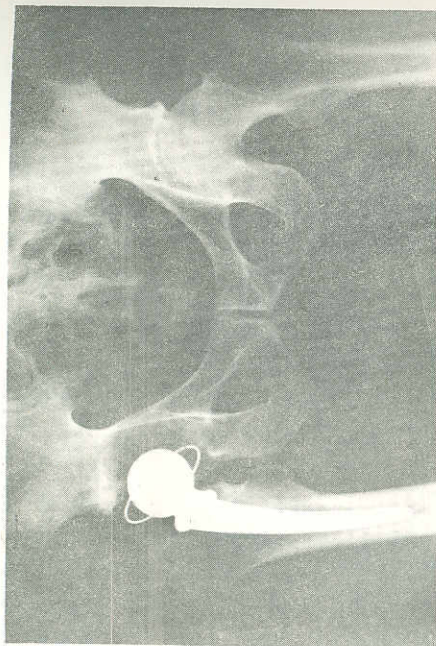
b.— Cadera derecha post reemplazamiento



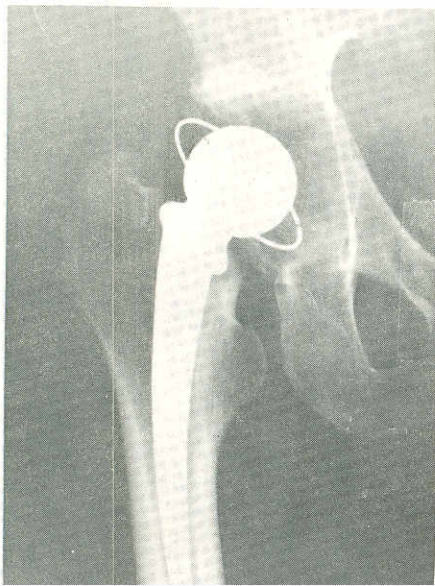


II. — A.M.G. 64 Años sexo masculino

- a.— Radiografía de pelvis mostrando destrucción de cadera derecha.



b.— Radiografía post opratoria



c.— Radiografía muestra
la posición de la
endoprótesis.

VII. FICHA CLINICA PARA PACIENTES CON AFECCIONES DE CADERA

A continuación presento un formato sugerido como instrumento de trabajo para ser aplicado a todos aquellos pacientes con afecciones de la cadera que sean candidatos a efectuarseles un reemplazo total de cadera. Elaboré esta ficha con el objeto de recabar de una manera útil y práctica los principales datos que pueden ser utilizados como índices y parámetros para evaluar la aplicación de la técnica quirúrgica del reemplazo total de cadera, así como control pre operatorio, evolución y control post operatorio en caso de que el paciente sea intervenido quirúrgicamente con una endoprótesis.

Incluyo únicamente los datos relacionados con la articulación, ya que todo paciente en su historia general tendrá los otros datos relacionados con antecedentes, otras enfermedades y perfil psicobiosocial.

El presente instrumento de trabajo fue elaborado con los datos que considero más importantes y para el manejo adecuado de los pacientes, en base a la experiencia obtenida en el desarrollo de la presente investigación.

FICHA CLINICA

1. DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo

Edad:

Ocupación

2. QUEJA PRINCIPAL

2.1 Dolor:

2.2 Traumatismo:

Tiempo de Evolución

Tipo

Intensidad

Localización

3. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA O ENFERMEDAD ACTUAL

4. EXAMEN FISICO

4.1 Inspección:

4.1.1 De pie

4.1.2 Durante la marcha

4.2 Examen muscular

4.2.1 Tono, fuerza y movilidad muscular

4.3 Función:

4.3.1 Grados de movilidad

4.3.2 Flexión - Extensión

4.3.3 Rotación interna y externa

4.3.4 Abducción - aducción

4.4 Mediciones:

4.4.1 Longitud de miembros inferiores

4.4.2 Diámetro de muslo

5. EXPLORACION RADIOGRAFICA

6. DIAGNOSTICO

VIII. CONCLUSIONES

1. En el Hospital Roosevelt se han efectuado un total de 16 reemplazos totales de cadera, efectuándose el primero en 1971 y el último en 1977; siendo intervenidos un total de 14 pacientes.
2. Las edades de los pacientes intervenidos oscilan de 27 a 70 años, teniendo un promedio de 52 años de edad.
3. El sexo femenino fue el más representado con un porcentaje de 78.50/o del total de casos.
4. Los diagnósticos de las caderas afectadas fueron principalmente: a) Artrosis de cadera post traumática (42.80/o) y b) Artritis reumatoidea degenerativa (57.20/o).
5. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: En un 37.50/o la de Mc Kee-Farrar, y en un 62.50/o la de Charnley-Muller. Efectuándose el 64.280/o de implantaciones de prótesis en el lado derecho, 21.440/o del lado izquierdo y el 14.280/o bilaterales.
6. En los primeros tres años se efectuó la técnica de Mc Kee-Farrar, y en los últimos cuatro años la técnica de Charnley-Muller.
7. De los 16 reemplazos totales de cadera, el 12.50/o presentó complicaciones per operatorias, 43.750/o pos operatorias. En los últimos cinco procedimientos cronológicamente efectuados, no ha existido ninguna complicación.
8. De los pacientes intervenidos, la evolución fue abandonada por el 85.70/o de los pacientes, posiblemente por ausencia

Después de la revisión de historias clínicas, se logró evidenciar que existía un manejo inadecuado de importantes datos, ya que en muchos casos no se registraron controles pre operatorios, y en otro número no se tuvo control post operatorio registrado en la historia clínica.

El reemplazo total de cadera representa hasta el momento una buena solución para devolver la movilidad y rehabilitar a los pacientes que sufren afecciones invalidantes de esa articulación.

Con la conclusión anterior, se le da validez a la hipótesis planteada inicialmente, ya que con los resultados obtenidos en los últimos años, según estudios y estadísticas realizadas, comprueban que no hay mejor procedimiento actualmente para la rehabilitación de pacientes con afección de la articulación de la cadera que la aloartroplastía. Como comprobé en los últimos procedimientos efectuados en el Hospital Roosevelt, empleando la técnica y el instrumental adecuados, se puede hacer de este procedimiento la solución ideal para las afecciones de la articulación mayor del organismo en nuestro medio.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda incrementar el estudio y práctica del reemplazo total de cadera con el fin de dar una solución a todos aquellos pacientes que padecen de afecciones de su articulación.
2. Se recomienda poner mayor cuidado y atención en el manejo de papelería para lograr un mejor control sobre los pacientes.
3. En todo paciente sometido a reemplazo total de cadera, se recomienda que se tenga controles pre y post operatorios de movimientos del miembro afectado, lo que permitirá evaluar los resultados obtenidos.
4. Dar mayor énfasis a las condiciones de asepsia en sala de operaciones con el fin de evitar las infecciones que tan alto porcentaje se puede presentar en este tipo de procedimientos.
5. Hacer conciencia en los pacientes de la importancia del control periódico para observar la evolución y estado de la endoprótesis con el fin de evitarles posibles complicaciones y también observar los resultados obtenidos que servirá de parámetros para evaluar el éxito de los procedimientos.
6. Recomendando que a todo paciente con una afección invalidante de su articulación sea manejado con el instrumento de trabajo que he elaborado para todos aquellos pacientes candidatos a reemplazo total de cadera.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Campbell's.
Operative orthopedics. The C.V. Mosby Company. Chapter 16 (Arthroplasty), volumen II, pp. 1287 - 1288. 1971.
2. Dienhart, Charlotte M.
Anatomía y Fisiología Humanas. Segunda Edición. Nueva Editorial Interamericana, pp. 42 - 45. 1976.
3. Compere, Edward L.
Cirugía Ortopédica. Traducido por Dra. Georgina Guerrero; México, Editorial Interamericana. pp. 156 - 161. 1977.
4. Gordon, Hunter, Et Al
The natural history of the patient with an infected total hip replacement. The journal of Bone and joint surgery, 59-B (3): pp. 293 - 296. 1977.
5. Redhill, Ring
Total replacement of hip joint. The Journal of Bone and joint surgery, 56-B (1): pp. 44 - 56. 1974.
6. Collis, Dennis K. Et Al
Total hip replacement without deep infection in a standar operating room. The journal of Bone and joint surgery, 58-A (4): pp. 446 - 447. 1976.
7. Huggler, Arnold H.
Aloartroplastía de la cadera con prótesis endofemorales puras y totales. Ediciones Toray. Barcelona, pp. 3-11, 21-22, 71-88. 1972.
8. Coventry, Mark B.
Selection of patients of total hips arthroplasty. (En: Instructional course lectures. The C.V. Mosby Company.

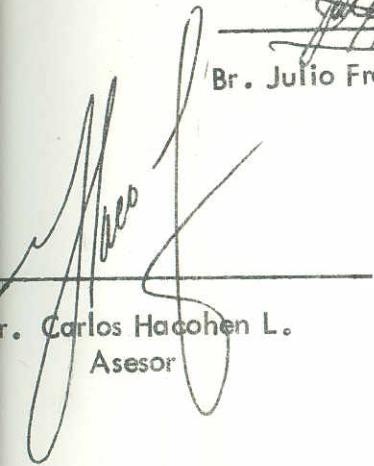
9. Harris, William H.
Indications of major elective reconstructive surgery of the hip in the adult. (En: Instructional course lectures. The C.V. Mosby Company, Volumen XXIII, pp. 143 - 149. 1974).
10. Lazansky, Mark
Total hips replacement in patients with bilateral disease. (En: Instructional course lectures. The C.V. Mosby Company, Volumen XXIII, pp. 150 - 153. 1974).
11. Lowell, Drennan
Complication of total hip replacement. (En: Instructional course lectures. The C.V. Mosby Company, Volumen XXIII, pp. 209 - 229. 1974).
12. Charnley, John
Postoperative Infection after Total Hip Replacement with Special Reference to Air Contamination in the Operating Room. Clin. Orthop, 87: pp. 167 - 187. 1972.
13. Charnley, John
Total Hip Replacement by Low - Friction Arthroplasty. Clin. Orthop. 72: pp. 7 - 21, 1970.
14. Charnley, John
The nine and Ten year Results of the Low - Friction Arthroplasty of the Hip. Clin. Orthop. 95: pp. 9 - 25, 1973.
15. Mc Kee, and Watson Farrar
Replacement of Arthritic Hips by the Mc Kee-Farrar prosthesis. J. of Bone and Joint Surgery, 48B: pp. 245 - 259, 1966.

16. Muller, M. E.
Total Hip prosthesis. Clin. Orthop. 72: pp. 46, 1970.

17. Muller, M.E.
Preservation of septic total hips replacement versus
Gildlestone operations: In Proceedings of the Second
Scientific Meeting of the hip Society. pp. 308 - 312,
1974.



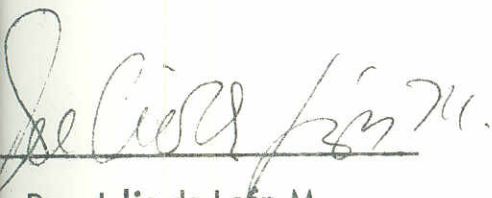
Br. Julio Francisco Orellana Jurado



Dr. Carlos Hachon L.
Asesor



Dr. Federico Labbe C.
Revisor



Dr. Julio de León M.
Director de Fase III



Dr. Raúl Castillo R.
Secretario Gral.

Vo.Bo.