

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXIV	ENERO DE 1967 Número 392 SAN JOSE, COSTA RICA	Tomo XXIV
-----------	---	-----------

## Cotiloplastía

### Revisión de 19 Casos Clínicos

Por

Dr. Alberto Brenes Sáenz \*    Dr. José J. Fernández Sancho \*\*  
Dr. Alfonso Pereira García \*\*\*

La cotiloplastía, sigue actualmente ocupando un lugar importante en el arsenal quirúrgico para el tratamiento de la "Cadera inestable" entendiéndose por inestables aquellas caderas que tienen una deficiente relación cefalo-acetabular, ya sea por hipodesarrollo de su techo acetabular, como en la luxación y subluxación congénitas o en el caso de la coxa magna secundaria a Perthes, necrosis avascular, etc., que deforman el núcleo cefálico. También producen caderas inestables los padecimientos de tipo paralítico como la poliomielitis anterior aguda, la P. C. I., y el meningocele, que por su desequilibrio muscular, favorecen la coxa valga y contracturas en ADD., evolucionando hacia la luxación paralítica de la cadera.

La cadera inestable se manifiesta clínicamente por una marcha con marcado Trendelenburg, en ocasiones cansancio fácil y, con gran frecuencia, dolor que limita la actividad.

La técnica de cotiloplastía seguida en los servicios de ortopedia y de Rehabilitación desde 1956, fue la Albee-Gill consistente en: osteotomizar el techo acetabular inmediatamente por encima de la inserción capsular. Este segmento de hueso se lleva hacia afuera y abajo se mantiene en esta posición por medio de un fragmento de hueso triangular, que puede obtenerse de la tibia o del mismo ilíaco.

Con esto se consigue un techo acetabular más horizontal y que cubra mejor la cabeza femoral. Los resultados inmediatos obtenidos fueron buenos, pero con el tiempo de evolución se-

\* Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños.

\*\* Asistente del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios.

\*\*\* Asistente del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios.

guidos, dichas caderas recidivaron a su inestabilidad por un mecanismo de reabsorción de las cotiloplastia.

Con otros tipos de cotiloplastia no hemos tenido experiencia. Con la de Colonna sólo hubo un caso, cuya cadera permaneció estable y sin dolor, pero se hizo una anquilosis fibrosa que impide toda movilidad.

En vista de los malos resultados obtenidos, a partir de 1965 iniciamos la cotiloplastia con la técnica de LOWMAN, entusiasmados por los buenos resultados, a largo plazo, obtenidos por HEYMAN, y reportados así en su trabajo en el J. of B. and J. S. de setiembre de 1963. Lo principal de esta técnica y que la individualiza, es la reconstrucción del techo acetabular, que se hace intracapsular, para lo cual se abre la cápsula en forma de "T", liberándola aproximadamente 90° alrededor del reborde acetabular. Esto trae ciertas ventajas:

1.—Se tiene a la vista la articulación, mostrando la cantidad de cabeza femoral que sobresale del reborde acetabular, lo que permite calcular el tamaño de fragmento óseo que se obtendrá de la corteza externa del ilíaco, sin excederse en longitud, pues puede limitar la ABD de la cadera.

2.—El injerto óseo que formará el nuevo techo, estará en contacto directo con la cabeza femoral y se amolda a la superficie convexa de la cabeza. En segundo lugar, continúa la misma dirección y nivel del acetábulo original; dándole verdadero apoyo a la cabeza, no resultando así, cuando el injerto queda a un nivel más alto como en otras técnicas.

3.—Por último, la misma cápsula, al suturarla sobre el injerto óseo, sirve de punto de fijación, para que el injerto no cambie de posición.

4.—Como única desventaja atribuible a esta técnica es la del contacto directo entre injerto óseo y cabeza femoral, que puede ser causa de osteoartritis; sin embargo, no se ha podido demostrar que ese contacto aumente el porcentaje de osteoartritis, etapa final de muchas de estas caderas.

#### ANÁLISIS EN NUESTROS CASOS

Se operaron 20 caderas en 19 pacientes: 10 sexo femenino y 9 sexo masculino, sólo un caso bilateral.

La edad osciló entre 3 y 13 años en 18 pacientes con un promedio de 8 años de edad. Sólo un caso de 21 años.

Diagnóstico: Cadera parálitica por secuelas de polio: 12 casos. Caderas inestables por luxación congénita de cadera: 8 casos, (con un caso bilateral).

En todos los casos hubo operaciones previas en relación con las secuelas de polio o para reducción de la luxación congénita de la cadera, pero ninguna tuvo tratamiento anterior en relación con la cotiloplastia.

La principal indicación del procedimiento fue una cadera inestable por insuficiente desarrollo acetabular con subluxación o luxación de la cadera, acompañada de marcado Trendelenburg, cansancio fácil, y dolor que sólo fue notorio en dos ocasiones.

#### TECNICA EMPLEADA

Albee - Gill .....	8 caderas
Lowman - Heyman .....	11 caderas
Colonna .....	1 caderas
<b>TOTAL</b> .....	<b>20 caderas</b>

#### COMPLICACIONES:

1.—Una infección superficial en la herida quirúrgica de la tenotomía de los ADD que se hizo simultánea con la cotiloplastia jero que curó sin problemas.

2.—En tres caderas, se acompañó la cotiloplastia con pin de tracción en el fémur e incluido en el yeso. En una ocasión el pin se torció y en otra se quebró. Esta última fue la causa de fracaso en una cadera, pues al quebrarse el pin se ascendió la cabeza desplazando el injerto óseo, por lo que decidimos no volver a poner pin de tracción para descender la cadera.

Tiempo de evolución seguido: De 6 a 10 años con un promedio de 3 años.

#### R E S U L T A D O S :

Al analizar los resultados obtenidos de la cotiloplastia, que es una operación complementaria, estos están sujetos al estado anterior de la cadera, a la indicación y al fin propuesto.

También habrá que valorar el resultado clínico y la opinión del paciente; observándose, en general, que un buen resultado radiológico corresponde a un buen resultado clínico.

Basado en estos puntos, los resultados obtenidos según las diferentes técnicas, son los siguientes:

### NUMERO DE CADERAS

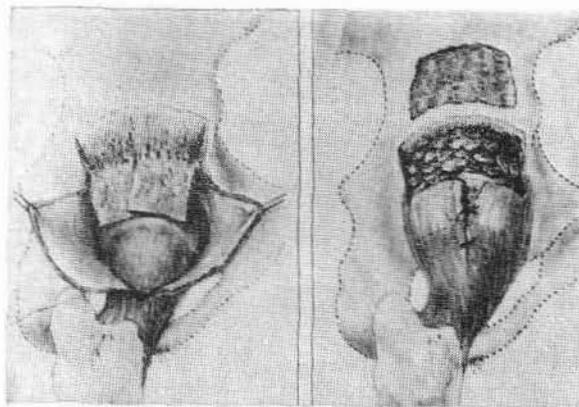
Técnica	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Albee-Gill	—	2	—	6
Lowman Heyman	4	5	1	1
Colonna	—	—	1	—

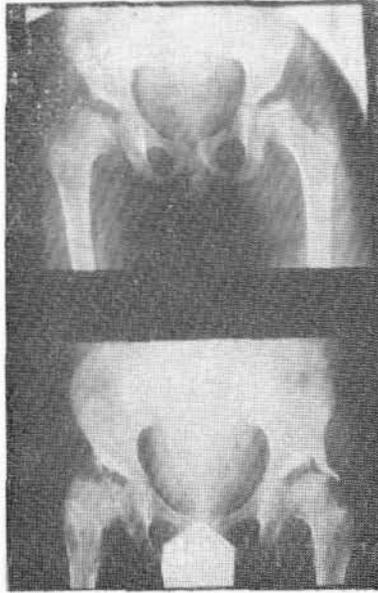
Analizando los resultados de la técnica de LOWMAN - HEYMAN: El caso regular tiene injerto bien consolidado, pero quedó un poco anterior y largo, lo que limita la ABD y la flexión, aunque es una cadera estable y NO dolorosa.

El caso malo fue el ya descrito por quebradura del pin de tracción, lo que permitió un ascenso de la cabeza. No obstante, este niño, en el único que se practicó cotiloplastia bilateral fracasándose en una, se obtuvo buen resultado en la otra. El niño tiene ambas caderas estables no dolorosas y con buenos arcos de movilidad. El paciente está muy satisfecho del resultado pues antes presentaba dolor y cansancio fácil y ahora hasta juega fútbol.

### CONCLUSIONES:

Aunque tenemos poca evolución del último procedimiento quirúrgico, hemos comprobado los buenos resultados ya bien demostrados en el trabajo del Dr. Clarence H. Heyman y sólo nos queda recomendar este procedimiento que es sencillo, exento de complicaciones y de gran ayuda en el tratamiento de la cadera inestable,





### BIBLIOGRAFIA

- 1—BOSWORTH: Artroplastía de Caderas en el niño. J. of B. and Joint Surgery. Vol. 42-A. 1223. Octubre 1960.
  - 2—BOSWORTH: Cotiloplastía de Cadera en el adulto. J. of B. and J. Surgery. Vol. 43-A. 93-106. Enero 1961.
  - 3—CAMPBELL'S OPERATIVE ORTHOPAEDICS: Shelf, Bone Plastic Operations. Técnicas: Albee, Gill, Lowman. Pág. 2080 - 2086.
  - 4—COLONNA: Artroplastía Capsular en el tratamiento de la Luxación Congénita de la Cadera. J. of B. and Surgery. Vol. 47-A N° 3 Abril 1965.
  - 5—HEYMAN, C. H.: Cotiloplastía en el tratamiento de la Luxación Congénita de la Cadera. J. of B. and J. Surgery. Vol. 45-A, N° 6 Setiembre 1963.
  - 6—SALTER R. B.: Osteotomía Innominada en el tratamiento de la Luxación Congénita de la Cadera. J. of B. and J. Surgery. Vol. 43-B, 518. Agosto 1961.
- SCAGLIETTI y CALANDRIELLO. Reducción abierta de la Luxación Congénita de la Cadera. J. of B. and J. Surgery. Vol. 44 B. 257. Mayo 1962.