Tratamiento de Luxación Congénita de la Cadera según su Patomecánica

Por

Dr. Alberto Breaes Sáenz * Dr. Humberto Araya Rojas ***
Dr. Alfonso Pereira García ** Dr. José J. Fernández Sancho ****

Si bien es cierto que hasta el presente, permanece aun oscuros ciertos aspectos relacionados con la luxación congénita de la cadera, tales como: su etiología, demografismo, predilección por el sexo femenino; por otro lado y gracias a los trabajos de los doctores O. Scaglietti y B. Calandriello de Florencia y José L. Bado de Uruguay, se conoce mucho mejor su patomecánica, que ha conducido por lógica a un tratamiento más racional, más fisiológico y, por ende, a resultados más satisfactorios.

En cuanto a su patomecánica, debemos analizar los diferentes elementos que se encuentran alterados por la luxación, y que constituyen los factores problema a resolver para conseguir así la reducción de la cadera, de la manera más fisiológica, condicionante de un exitoso resultado. Ignorar estos factores significa condenar a la cadera a múltiples complicaciones: necrosis del núcleo cetálico, relajaciones subluxaciones, etc., que aseguran un desastroso resultado final.

Estos factores se han agrupado en extrínsecos e intrínsecos: Los **Extrínsecos** corresponden a los músculos en íntima relación con la articulación y que, bajo la influencia de la luxación, han cambiado su dirección, su longitud o su forma. Los más importantes son: los aductores, psoas-íliaco, el glúteo medio y el glúteo menor.

- * Jefe del Servicio de Ortopedia Hospital Nacional de Niños
 - ** Médico Asistente del Servicio de Ortopedia. H. N. de N.
 - *** Jefe Servicio de Rehabilitación Hospital San Juan de D.
 - **** Asistente Servicio de Rehabilitación H. S. J. de D.
-

Los factores **Intrínsecos** están constituidos por los elementos propios de la articulación: la cápsula articular, el ligamento redondo, el limbo, el techo acetabular, la cabeza y el cuello femorales, que igualmente se encuentran alterados en su forma, en grado variable y directamente relacionado con la edad del paciente. Estos factores llegan a convertirse en verdaderos obstáculos que impiden la reducción de la cadera.

Otro factor muy importante y que debe analizarse tanto para el tratamiento a seguir, cuanto para el pronóstico del resultado final, es la **EDAD del paciente** en que se diagnostica la dolencia.

Aunque la luxación congénita de la cadera, como su nombre lo indica, ya está presente al nacimiento, desgraciadamente y con gran frecuencia, pasa desapercibida al médico, descubriéndose tardíamente y se pierde la mejor oportunidad de obtener excelentes resultados con tratamiento adecuado, siendo la mejor época la del primer mes de vida. De ahí se desprende la necesidad de insistir ante los neonatólogos, pediatras, obstétricos y médicos generales de la gran importancia del diagnóstico precoz en la luxación congénita de la cadera, e incluir en la rutina del examen de todo recién nacido, la búsqueda del signo de Ortolani, pues son ellos quienes deben hacer el diagnóstico precoz, ya que el ortopedista, por regla general cuando le llega la luxación de cadera es ya en período tardío.

Basados en el conocimiento de todos estos factores, nosotros hemos establecido las siguientes normas generales, en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera:

Primer Grupo: DIAGNOSTICO PRECOZ. De 0 a 3 meses de edad.

Son aquellas caderas aun con signo de Ortolani presente, por ausencia de la contractura de ADD, y que generalmente se encuentran en una edad no mayor de 3 meses.

Su único tratamiento consiste en mantener los miembros inferiores en ABD por medio de yesos, férulas metálicas o almohada de Frejka.

Constituye el mejor grupo de caderas para su tratamiento y con excelente resultado final.

Segundo Grupo: GRUPO INTERMEDIO. De 3 meses a 4 años.

Es el más frecuente. El tratamiento se orienta hacia la resolución de los factores tanto extrínsecos como intrínsecos alterados, por lo cual hacemos lo siguiente: Bajo anestesia general, con el

paciente en decúbito dorsal, colocamos el miembro afectado en ABD y ligera rotación externa. Se hace una incisión de piel que parte de un poco por encima y por fuera de la espina del pubis, desciende verticalmente hacia la cara anteriointerna del muslo, en una extensión de 4-5 cms. Por esta incisión, una vez bien individualizados, se seccionan completamente las inserciones en el pubis, primero del Aductor mediano y luego del menor. Se localiza después al trocánter menor, sitio de inserción del psoas ilíaco. Para esto se flexiona la cadera y se coloca en rotación externa máxima. Una vez individualizando el tendón y su inserción, se disecciona bien, se le pasa una cuerda umbilical que servirá de referencia y de guía. Con el dedo índice se libera completamente el tendón de su inserción muscular del ilíaco y de la cara anterior de la cápsula articular de la cadera, punto en que puede comprobarse la gran presión ejercida por este músculo sobre la articulación, constituyéndose por eso, en el principal factor extrínseco; por guardar esa íntima relación y más aun, cuando la cabeza femoral esta luxada, el tendón del psoas estrecha más la cápsula, produciendo en algunas ocasiones, una verdadera estrangulación, que los autores antiguos llamaban cápsula en reloj de arena.

Una vez bien liberado el tendón del iliopsoas, se procede a resecarlo en su inserción distal sobre el trocánter menor. Inmediatamente se produce una severa retracción del músculo.

Terminados las tenotomías, se asegura una buena hemostasis y se cierra por planos, procediéndose luego al intento de reducción cerrada de la cadera por medio de las maniobras de ABD y rotación interna y ABD y rotación externa, tomando controles radiológicos en cada una de estas posiciones para verificar la relación cefalo-acetabular. Se escogerá la posición que muestra la mejor reducción, prefiriéndose la posición en ABD y rotación interna.

La posición de "rana", en ABD y rotación externa, la cual es muy estable, tiene como inconveniente el dejar el núcleo cefálico a mayor presión contra el acetábulo, y dar lugar así a futuros problemas de osteocondritis.

La otra posición, que no produce mayor presión tiene, a su vez, como inconveniente el ser estable, acarreado el peligro de la relajación.

Si se consigue una buena reducción sin esfuerzo y con suficiente estabilidad, se inmoviliza con yeso en la posición que produjo la reducción y ahí termina la intervención.

Si con ninguna de las dos posiciones se consigue la reducción satisfactoria. Si el núcleo no está bien centrado o está separado o subluxado, quiere decir que algún factor intrínseco está obstaculizando esa reducción. Con esta conducta no hemos visto la necesidad de la artrografía para comprobar lo que clínicamente es inobjetable.

Así, una vez comprobada radiológicamente el fracaso de reducción cerrada, procedemos en el mismo tiempo anestésico, a una reducción abierta de esa cadera, de la siguiente manera:

Usamos incisión de Smith-Petersen y siempre hemos comprobado la existencia de un factor intrínseco que impedía la reducción. Frecuentemente, es el limbo hipertrófico que, a manera de un diafragma, impide una buena relación cefaloacetabular. Siempre lo reseca ampliamente. El ligamiento redondo, a menudo largo, hipertrófico y acintado, se extirpa igualmente. En el fondo acetabular siempre se encuentra abundante tejido fibroadiposo, que debe eliminarse. Una vez resueltos estos factores intrínsecos se logra fácilmente la reducción que deberá comprobarse radiológicamente.

Se cierra por planos y se inmoviliza con yeso pelvipédico. Una vez enyesado amerita otro control radiológico para evitar una relajación, única complicación posible en ese momento.

Tercer Grupo: LUXACIONES TARDIAS. De 4 a 7 años.

En este grupo la conducta seguida es la de las Tenotomías en un primer tiempo: a cielo abierto, Tenotomías de los aductores medio y menor del ilíopsoas, como ya está descrito anteriormente. A veces se tenotomiza el recto interno, en casos de gran contractura. Se pone en tracción ósea con pin de transfixión en fémur o tibia durante unos 15 días, al cabo de los cuales, procedemos a hacer una reducción abierta. Algunas veces hacemos como complemento una cotiloplastia, porque después de los 4 años de edad la capacidad de formación del techo acetabular es menor y, por tanto, la hipoplasia acetabular persistiría. Esto es igualmente valioso para la anteversión del cuello que, en ocasiones necesita, de una osteotomía desrotatoria de fémur.

Con esta conducta de tracción previa no hemos tenido problemas para conseguir buenas reducciones, ni tampoco problemas de necrosis del núcleo cefálico.

Cuarto Grupo: INVETERADAS. De 7 a 12 años.

Este grupo, el de peor pronóstico, en el que varios autores aconsejan conductas conservadoras o expectantes. En algunos casos y más en los unilaterales, hemos tenido buenos resultados con la siguiente conducta.

En un primer tiempo: Tracción ósea durante quince días previa tenotomía de ADD, Psoas ilíaco, y recto interno. Después reducción abierta, con artroplastia tipo COLONNA con un neo cotilo suficiente y, además, una cotiloplastia. Es cierto que de esta manera se pierde movilidad pero se logra una cadera estable, indolora y con esa poca movilidad se consigue un resultado funcional satisfactorio.

En cuanto al postoperatorio:

En términos generales, se mantiene con yeso durante tres meses, al cabo de los cuales se bivalva, dejando la férula posterior y se inicia fisioterapia intensa. Usamos igualmente aparatos ortopédicos de ABD para mantener la posición. Consideramos importantísimo el tratamiento de rehabilitación y factor determinante de los buenos resultados obtenidos en los grupos de diferentes caderas. El tiempo de rehabilitación varía por cada cadera. A mayor edad y mayor cirugía corresponde en mayor tiempo rehabilitador. Tenemos casos de más de un año de fisioterapia.

Vale la pena recordar aquí que el problema de la luxación congénita de cadera, aún con buena evolución, no acabará sino hasta la terminación del crecimiento de ese niño. Por tanto, se impone un control periódico tanto de las buenas cuanto de las malas, y de éstas con más razón.

MATERIAL CLINICO

Fueron tratadas 115 caderas en 76 pacientes. 26 caderas fueron clasificadas como sub-luxaciones. Con un predominio marcado del sexo femenino con 64 pacientes y el sexo masculino con 12 pacientes.

**NUMERO DE CADERAS EN LOS DIFERENTES
GRUPOS DE EDAD:**

EDAD	Nº de Caderas	Nº de pacientes Bilateral	Nº de pacientes Unilateral
0 a 3 meses	2	1	—
3 a 12 meses	15	5	5
1 a 2 años	37	10	17
2 a 4 años	36	14	8
4 a 6 años	13	6	1
6 a 9 años	7	3	1
9 a 12 años	5	—	5
TOTAL	115	39	37

TRATAMIENTO EFECTUADO

EDAD	Nº de caderas	<i>Reducción Cerrada Previa Tenotomías</i>	<i>Reducción Abierta Previa Tenotomías</i>
3 a 12 meses	15	14	1
1 a 2 años	37	17	20
2 a 4 años	36	9	27
4 a 6 años	13	1	12
6 a 12 años	12	—	12
TOTAL:	113	41	72

Un caso bilateral de 22 días de nacido, se le hizo reducción cerrada sin Tenotomías.

COMPLICACIONES:

- a) **Mortalidad:**
Ninguna.
- b) **Infecciones:**
Superficiales de la herida quirúrgica en 3 casos clínicos, que cicatrizaron bien y sin alterar la evolución clínica de la cadera.
- c) **Parálisis del Nervio Crural:**
En un caso, de una niña de 11 años, en que se hizo reducción abierta con Tenotomias; pero no se le puso tracción previa a la reducción, tal como se está haciendo actualmente.
- d) **Osteocondritis:**
Se presentó en 10 caderas con reducción abierta y 5 caderas con reducción cerrada; lo que representa un 13% del total, además todos se presentaron por encima de los 3 años de edad.

Todos evolucionaron bien, a la restitución completa del núcleo, como único tratamiento, retardar el apoyo en dicha caderas.

COMO PROFILAXIS:

Hemos notado que la posición de rana ABD y rotación externa de más osteocondritis; por lo que siempre que podemos evitarla la hacemos; prefiriendo la posición en ABD y rotación interna.

- e) **Reluxaciones:**

En los primeros casos tratados, esta fué la principal complicación, presentándose en 10 ocasiones pero actualmente es excepcional, para lo cual es necesario, controlar radiológicamente, trans-operatorios y al final, después de enyesar. Otro recurso es que en caderas inestables durante la reducción abierta la fijamos con un clavo de Kirschner, que al mes se extrae.
- f) **Disturbios Circulatorios:**
Ninguno.
- g) **Fracturas:**
Una fractura sub-trocantérica, durante la fase de rehabilita-

ción en fisioterapia, posiblemente favorecida por la osteoporosis dada por la inmovilización en el yeso.

OPERACIONES COMPLEMENTARIAS

Nº 6	Cotiloplastia
Nº 4	Osteotomías desrotatorias
Nº 2	Atroplastia de Colonna

Realmente el número de operaciones complementarias es pequeño; pero hay bastantes caderas en evolución, que necesitan Cotiloplastia u Osteotomías Desrotatorias, y que por varios motivos no se han llevado a cabo.

TRATAMIENTO POST OPERATORIO

Se le mantiene inmovilizado en yeso durante 3 a 4 meses, luego se bivalva el yeso, dejando férula posterior, para iniciar Fisioterapia dicha férula posterior puede ser sustituida por un aparato ortopédico de A.B.D., para continuar la Rehabilitación por un tiempo, que es variable de acuerdo con cada caso clínico, con un promedio de 6 meses a 1 año.

TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	Nº de casos clínicos
6 a 5 años	7
5 a 4 años	6
4 a 3 años	13
3 a 2 años	34
2 a 1 año	16
TOTAL DE CASOS:	76

RESULTADOS

Para valorarlas, se clasificaron como: **Muy Buenas:** aquellas caderas satisfactorias, tanto clínicamente como radiológicamente; **Buenas:** aquellas caderas con alguna pequeña alteración clínica y radiológica; **Regulares:** en que esa alteración es mucho más notoria; **Malas:** consideramos aquellas caderas, en que se fracasó en el intento de reducción, o que el resultado final es inferior al estado inicial.

Cuadro N° 1

**RESULTADO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERAS
CON REDUCCION ABIERTA PREVIA TENOTOMIAS**

EDAD	RESULTADOS				Total	Porcentaje Muy Buenos y buenos
	Muy Buenos	Buenos	Regu- lares	Malos		
3 a 12 meses	--	1	—	--	1	100%
1 a 2 años	7	8	5	--	20	75%
2 a 4 años	10	7	10	--	27	63%
4 a 6 años	--	5	7	--	12	42%
6 a 12 años	--	5	7	--	12	42%
TOTAL:	17	26	29	--	72	60%

Cuadro N° 2

**ANALISIS DE LOS RESULTADOS
RESULTADOS DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERAS
CON REDUCCION CERRADA PREVIA TENOTOMIAS**

EDAD	RESULTADOS				Total	Porcentaje Muy Buenos y buenos
	Muy Buenos	Buenos	Regu- lares	Malos		
1 a 12 meses	11	3	—	—	14	100%
1 a 2 años	12	3	2	—	17	88%
2 a 4 años	2	6	1	—	9	88%
5 años	—	1	--	—	1	100%
TOTAL	25	13	3	—	41	92%

El caso de 22 días de edad con luxación bilateral. Resultados muy Bueno.

RESULTADO TOTAL

Número de caderas	Muy buenos	Bu. nos	Regulares	Malas	MB y B. Porcentaje
115	44	39	32	--	72%

COMENTARIO FINAL

Aunque el número de caderas y el tiempo de evolución, aun no son lo suficientemente categóricos, para afirmar, la bondad del tratamiento seguido por nosotros, sin embargo la proporción de resultados satisfactorios, nos permiten, continuar llevando acabo este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BADO J. L.: Monografía sobre la Miodisplasia congénita de la cadera. Presentado en el V Congreso de la Sfoat en Bogotá, Colombia, Enero 1962.
- 2.- BROOKES M.: Efectos de la acción muscular sobre la forma del fémur.
J.B.J.S. Vol. 44-B Mayo 1962
- 3.- BARLOW T. A.: Diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera y su tratamiento.
J.B.J.S. Vol. 44-B Mayo 1962
- 4.- COLONNA C. PAUL: Artroplastia Capsular de Colonna en la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 41-B Febrero 1960
- 5.- COLONNA C. PAUL: Artroplastia Capsular de Colonnas en la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 47-A Abril 1965
- 6.- DONALD R. SCHWARTZ: Desarrollo acetabular después de la reducción en la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 47-A Junio 1965.
- 7.- FYRE - BROOK: Tratamiento de la luxación y sub-luxación congénita en el niño de más de tres años.
J.B.J.S. Vol. 48-B Noviembre 1966
- 8.- FARLAND M. C.: Observaciones sobre luxación congénita de la cadera.
J.B.J.S. Vol. 38-B 1955
- 9.- GORDON: Tratamiento de la luxación congénita de la cadera de infantes.
J.B.J.S. Vol. 47-A Abril 1965
- 10.- HEYMAN: Cotiloplastia con Bone -Shelp- para tratamiento en Luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 45-A Setiembre 1963.
- 11.- LANGENSKIOLD: Reducción abierta de la luxación congénita de caderas, con trasplantes del psoas ilíaco.
Acta Artropédica Scandinávica, 22, 295 - 1953.
- 12.- LLOYD-ROBERTS: Errores o fallas en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera.
J.B.J.S. Vol. 48-B Noviembre 1961
- 13.- MC CARROLL: Diagnóstico y tratamiento de la sub-luxación y luxación congénita de cadera en la infancia.
J.B.J.S. Vol. 47-A Abril 1965.
- 14.- PEMBERTON P. A.: Osteotomía pericapsular del Ileon para tratamiento de la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 47-A Enero 1965
- 15.- PONSETI IGNACIO: Luxación congénita de la cadera.
J.B.J.S. Vol. 42-B Mayo 1960
- 16.- PONSETI IGNACIO: Tratamiento no quirúrgico en la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 48-A Octubre 1966
- 17.- ROSEN V. S.: Diagnóstico y tratamiento en la luxación congénita de la cadera.
J.B.J.S. Vol. 44-B Mayo 1962

- 18.—RYDER CHARLES: Tratamiento quirúrgico en el niño de más edad.
J.B.J.S. Vol. 48-A Octubre 1966
- 19.—SALTER ROBERT: Osteotomía innominada en el tratamiento de la luxación congénita de caderas.
J.B.J.S. Vol. 43-B Agosto 1961
- 20.—SALTER ROBERT: Osteotomía innominada en el tratamiento de la luxación congénita de caderas, tipo Salter.
J.B.J.S. Vol. 48-B Octubre 1966
- 21.—SCAGLIETTI O: Reducción abierta de la luxación congénita de las caderas en el recién nacido.
J.B.J.S. Vol. 44-B Mayo 1962
- 22.—SOMERVILLE E. W.: Reducción abierta de la luxación congénita de la cadera.
J.M.J.S. Vol. 35-B 1953
- 23.—SOMERVILLE E. W.: Resultados del tratamiento de 100 luxaciones de caderas.
J.B.J.S. Vol. 49-B Mayo 1967.