

La Indicación Quirúrgica de la Resección-Angulación de la Epífisis Femoral Según Milch en el Tratamiento de Luxación Congénita de Cadera Inveterada

VLADÍMIR GORDIENKO*

JULIO BERROCAL G.**

Ciertamente, en el vasto campo de la cirugía ortopédica, la intervención quirúrgica de Milch ocupa un puesto preminente. Naturalmente, es básica la indicación precisa para que la resección-angulación, según Milch, pueda, en muchas ocasiones, obtener resultados brillantes. Su indicación se extiende a numerosos problemas ortopédicos, entre otros: artrosis de cadera, pseudo artrosis del cuello femoral, fracasos en intervenciones por artroplastía en cadera, etc.

Milch propuso su técnica en 1943, modificando varias técnicas: osteotomías tipo Mac Murray, Putti-Travers, la bifurcación de Lorenz, la resección-angulación de Batchelor, etc. Intervenciones que, como afirma Charry, (1961), dieron la idea a Milch al constatar éste que con dichas operaciones se obtenían mejorías notables por la desaparición completa de los dolores, pero no daban una movilidad aceptable a la cadera.

Milch, de acuerdo con Batchelor, pensó que la extirpación de la cabeza femoral permitiría dar movilidad, y la angulación, un sólido apoyo a la pelvis al cargar sobre el miembro afectado.

Antes se dijo que Milch había modificado buenas intervenciones quirúrgicas, ahora se podría afirmar que modificó una técnica usada por más de un siglo. Me refiero a la simple resección de la epífisis femoral, ideada y realizada sobre el cadáver, en 1770, por White, en Inglaterra. Se experimentó en perros en 1786 por Vernandois. Pero no fue sino hasta el año 1821, que el cirujano inglés Anthony White la practicó en un niño de ocho años de edad, con magnífico resultado.

Más tarde, numerosos cirujanos efectuaron la operación sin éxito, debido al deceso de los pacientes. Los primeros éxitos fueron obtenidos por otros ingleses, entre ellos Ferguson (1841). A partir de ese año fue conocida en el exterior (Roser, Wolkmann, Hoffa), y practicada en casos de anquilosis, luxaciones irreducibles, o, como la ha usado Girdleston en Estados Unidos, para drenar las artritis purulentas. La primera modificación que sufrió esta operación fue

* Jefe de Clínica Ortopedia y Rehabilitación I.N.S.

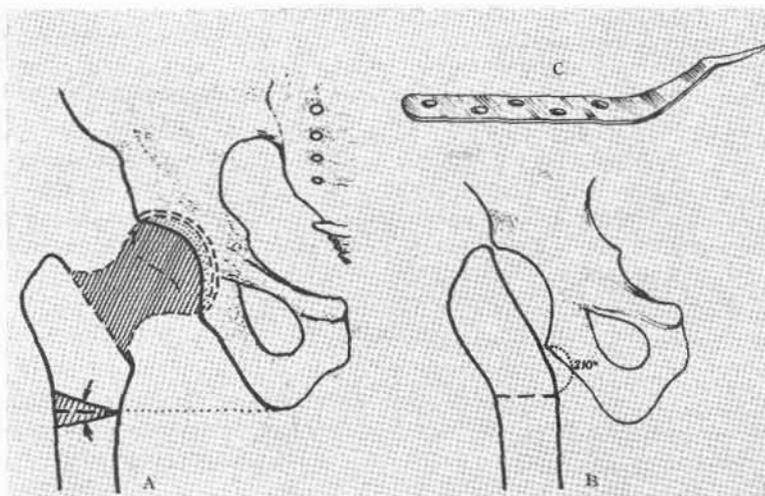
** Asistente Servicio de Ortopedia Hospital San Juan de Dios.

realizada por Batchelor que, dejando el primer tiempo inmodificado (resección de la epífisis) le agregó un segundo tiempo consistente en una osteotomía subtrocantérica tipo Schanz, seis semanas después. Esta variante la efectuó en casos de artrosis bilateral y de anquilosis de la cadera.

Fue así como se llegó hasta 1943, año en que Estados Unidos, Milch propuso su modificación (resección del cuello femoral), modificación que a su vez ha sufrido variaciones que, si bien han respetado la esencia de la misma, han mejorado, sea la operación en sí, sea los resultados.

Gran mérito ha tenido en este sentido Charry (Francia), a tal punto que, en muchas escuelas europeas, viene denominada como resección-angulación de Milch-Charry. Seguidamente describiremos las fases esenciales de la técnica, como fue descrita por Milch, luego las variaciones, y finalmente las indicaciones, de manera muy general, extendiéndonos en el tratamiento de la luxación congénita inveterada de cadera (L.C.C.I.), fin de este trabajo.

Milch realizó la operación en dos tiempos: primero la resección y después de tres semanas, la angulación. La técnica es la siguiente: (Fig. 1), Primer tiempo: incisión antero-lateral según Smith Petersen. Puesta al descubierto la articulación, se incide la cápsula longitudinalmente lo suficiente para permitir la luxación de la epífisis femoral que viene debidamente liberada de los tejidos blandos. Se procede de inmediato a resecar cabeza y cuello a la altura de la línea intertrocantérica.



Nº 1.—Resección-Angulación de Milch-Charry (Tomado de la Técnica Quirúrgica, Ortopédica y Traumática; Ed. S.E.V., Roma, 1966).

SUTURA DE LA CAPSULA

Segundo tiempo: incisión lateral que parte del muñón y se prolonga a lo largo de la diáfisis del fémur. Puesto el hueso al descubierto, con un osteotomo filoso se efectúa una osteotomía transversal tratando de dejar una mínima conexión entre ambos fragmentos. En cuanto a la angulación de dar a la osteotomía que se obtiene abduciendo la pierna, existen varios métodos: simplemente dando a la angulación un valor en grados igual al ángulo de inclinación como indicó Milch. O, siguiendo el método de Borroni y Peragalli, quienes sostienen que el ángulo ideal debe ser igual al ángulo de inclinación de la pared pélvica.

Dicha medición se realiza de la siguiente manera: (Fig. 2) sobre una radiografía de pelvis obtenida con proyección antero-posterior, se traza una tangente que une el punto saliente del techo cotiloideo al punto más saliente de la tuberosidad isquiática; sucesivamente se traza una horizontal que une los puntos más salientes de ambos techos, finalmente una perpendicular que alcanza esta última horizontal en el punto en que forma ángulo con la primera tangente trazada (Fig. 2).

El segundo método es más exacto por cuanto toma en cuenta variaciones de la inclinación del techo presente en las displasias de cadera permitiendo un apoyo del muñón más exacto y, por lo tanto, más sólido.



Nº 2.—Técnica de Berroni-Peragalli, para obtener la angulación de la osteotomía.

VARIACIONES

Milch realizaba la intervención en dos tiempos, dejando al paciente en tracción por dos o tres semanas, intervalo entre los dos tiempos. Completado el segundo tiempo, inmovilizaba de nuevo al paciente en aparato de yeso para evitar el desplazamiento de los fragmentos, manteniéndolo hasta la consolidación completa de la osteotomía. Ciertamente, el yeso disminuía el valor del resultado final, como es fácil de comprender, pues provocaba una cierta rigidez por adherencias cicatriciales, así como entorpecía la recuperación de la movilidad debido a la atrofia muscular que se establecía. Otro inconveniente era la claudicación, relativamente severa, así como la extra-rotación del miembro por acción de los músculos pelvi-trocantéricos que se retraían progresivamente debido a la resección de la epífisis y del cuello. Esta última complicación venía corregida en el segundo tiempo de la operación llevando la rodilla a la posición de neutro. Hoy día muchos autores continúan de acuerdo con Milch, es decir, realizan la operación en dos tiempos (Guilleminet, Charry, Casuccio). Las variaciones que vinieron a eliminar los inconvenientes hasta aquí descritos, es decir, operación en dos tiempos para permitir a los músculos pelvi-trocantéricos retraerse y rotar el miembro hacia el externo al máximo para luego corregir ésta en el segundo tiempo, fue eliminado dando al segmento distal de la osteotomía (efectuando un solo tiempo) una intra rotación de 25° suficiente para compensar la extra rotación. Esto fue posible por la introducción de las placas de síntesis (Gruca, Charry, Moore,

Blownt), que simplificaron dos aspectos: 1—por medio de la síntesis metálica dar al segmento distal una intra rotación fija de 25° (R. Zanoli, Italia); 2—eliminar el aparato de yeso permitiendo, no sólo efectuar la operación en un solo tiempo, sino además, iniciar precozmente el tratamiento fisioterápico más indicado. Naturalmente, la placa venía previamente preparada con la angulación requerida.

La claudicación fue menos severa cuando el francés Charry, gran precursor de esta operación, propuso la osteotomía a la altura de la tuberosidad isquiática. A pesar de esto, la claudicación era siempre evidente. Una mínima claudicación fue obtenida con la modificación hecha por Barbieri, de la Universidad de Milán, quien propuso realizar la osteotomía 3 cm. por debajo de la tuberosidad isquiática. Según el autor italiano, el acortamiento residual es mínimo, y el apoyo más completo. Finalmente, S. Teneff, de Turín, demostró la necesidad de respetar el psoas ilíaco, necesidad obligatoria para fijar el miembro y mantener la flexión activa del muslo, sobre la pelvis. Teneff también insiste en forrar el muñón óseo con fascia lata con el fin de evitar adherencias y posibles calcificaciones secundarias.

INDICACIONES GENERALES

Creo necesario referirme, en forma siquiera superficial, a las indicaciones generales, ya que, como dije al inicio de este trabajo, nuestro deseo es referirnos exclusivamente al tratamiento de la L.C.C.I. Una razón muy poderosa nos mueve a ello: la presentación del primer caso de L.C.C.I. operado en Costa Rica, en el Hospital San Juan de Dios, y seguido por espacio de 2 años.

No es simple dar las indicaciones en sentido absoluto. Es necesario considerar caso por caso, lo mismo la mono o bilateralidad de la lesión, el estado local de la cadera y de los tejidos peri-articulares, la edad y necesidades del paciente, etc. Desde la publicación de Milch en 1943, numerosos autores han indicado esta operación, reportando buenos resultados: Calandriello, 1963, 26 casos operados de osteotomía de Lorenz, con resección de la cabeza (operación muy similar al Batchelor y Milch, como se verá más adelante), reportando 8 casos buenos, 14 suficientes, 4 insuficientes (3 casos bilaterales de L.C.C.I.). Faysse, 1964, 21 casos tratados con la resección-angulación de Milch, reportando 5 resultados óptimos, 2 buenos, 3 discretos y uno malo. Borroni-Peragalli, 1962, trece casos; en 8 casos, desaparición total del dolor; en 5, disminución franca del dolor con aumento notable de la movilidad, siguiendo la técnica de Milch. Rinso-Vassoney, nueve casos bilaterales siguiendo la técnica de la resección-angulación, reportaron 6 casos buenos y 3 malos.

Hemos presentado los resultados en números obtenidos por algunos autores, ahora veremos las indicaciones generales: Lassoie-Despontin, 1959, coxartrosis graves en ancianos. Los autores lamentan la claudicación residual. Carnet-Leculée, graves heridas por arma de fuego, del extremo superior del fémur. Guilleret, fracasos con endoprótesis (artroplastías), pseudo artrosis del cuello femoral, coxa artrosis bilaterales primitivas graves. Milch, pseudo artrosis del cuello femoral, artrosis primitivas y secundarias, fracasos en artroplastías, osteoartritis, secuelas de coxitis y de epifisiolisis, etc. Charry, coxa artrosis anquilosante, pseudo artrosis de cuello femoral, necrosis de la epífisis femoral, etc. Consolo-Zerbi, artrosis bilateral grave (artrodesis en el lado controlateral), fracaso endoprótesis, etc. Casuccio sostiene que la resección-angulación está indicada en los fracasos de artroplastía con endoprótesis, coxartrosis primitivas y secundarias, a luxaciones congénitas graves y bilaterales y en algunas formas de artrosis mono lateral con lesiones importantes del cotilo acompañadas de lesiones artrósicas de la columna o de las rodillas que contraíndican sea una artroplastía, sea una artrodesis.

Hemos citado cirujanos de indiscutible experiencia quienes practican con relativa frecuencia la angulación-resección exponiendo cada uno de ellos aquellas situaciones en que aconsejan la intervención. De las casuísticas se desprende que los resultados son, en línea general, muy buenos. No dudo de que existan otras casuísticas menos favorables. Lamentablemente, no las tenemos a mano para integrarlas a las arriba descritas. Ciertamente la operación de Milch ha tomado mucho auge, especialmente en Europa, habiéndose ampliado sus indicaciones. Los resultados favorables deben impulsarnos a indicar esta operación en gran escala. Nuestra experiencia personal en el tratamiento de artrosis, es de algunos casos, con resultados más que favorables. Consideramos que es una operación que, bien indicada, es insustituible en la ortopedia moderna.

TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA INVETERADA

Siguiendo los conceptos del maestro Vittorio Putti (1930), insigne estudioso de los problemas displásicos de la cadera, la luxación congénita inveterada de cadera se puede definir como aquella luxación que no puede reducirse quirúrgicamente con buena reconstrucción de las relaciones articulares y recuperación de su funcionalidad. El límite de edad en el cual una cadera puede considerarse como tal, varía en relación a la mono o bilateralidad de la lesión, así como es directamente proporcional a las alteraciones anatomopatológicas. En línea de máxima se puede afirmar que cuando está presente la bilateralidad, es alrededor de los seis o siete años, en la forma monolateral, entre los siete u ocho años. A este grupo pertenecen aquellas caderas que han ido al encuentro de una luxación post-reducción cruenta o incruenta.

ANATOMIA PATOLOGICA

El cuadro anátomo patológico repite los caracteres fundamentales de la luxación franca con una agravación marcadísima de los mismos, consecuencia directa de la osificación de los elementos articulares, aplanamiento del acetábulo y deformidad del neo-cótilo. A este cuadro, de por sí gravísimo es necesario agregar las alteraciones siempre marcadas de tipo artrósico deformante al apoyar la epífisis femoral en la región supracotiloidea o en el ala ilíaca. Clínicamente la sintomatología es sobreponible a la de las luxaciones francas (hipotrofia leve con acortamiento y extra rotación del miembro lesionado, limitación de la abducción de la cadera, asimetría de los pliegues cutáneos, Trandelemburg positiva, claudicación, escoliosis secundaria de compensación, etc.), con agravamiento neto de la articularidad, la presencia del dolor y una marcada acentuación de la deformidad en flexión, abducción y extra rotación de la cadera. Radiológicamente, a la evidente dislocación epifisiaria se deben agregar los signos claros de artrosis de la epífisis femoral y del neo-cótilo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico de esta gravísima lesión invalidante al máximo, ha sido y continúa siendo uno de los argumentos más debatidos de la ortopedia. Son innumerables las indicaciones quirúrgicas descritas y aplicadas en relación a la edad, la mono o bilateralidad de la lesión. El tipo de displasia a etiología embrional o fetal (Putti). En relación a este último aspecto es necesario recordar el abstenerse de operar la forma bilateral de tipo embrional con dislocación epifisiaria ilíaca alta como sostiene Goidanich al referirse a esta forma como un "noli me tangere". En no pocas ocasiones se debe reintervenir una cadera al fracasar la operación a su tiempo indicada.

Primeramente nos referiremos a las indicaciones más frecuentes, a la descripción rápida de las técnicas, para finalizar con un análisis personal de las mismas, y en relación con la operación de Milch.

a) *Tratamiento de la luxación mono lateral.* Quizás la indicación más difundida en las mejores escuelas del mundo, es la artrodesis previo descenso y reducción de la epífisis femoral en la cavidad acetabular. La intervención consiste substancialmente en una incisión longitudinal antero lateral de cerca de 20 cm. de longitud, que parte de la espina iliaca anterior superior y se dirige hacia abajo pasando por delante del trocánter mayor. Se incide la fascia lata, se separa el músculo tensor del medio glúteo, procediéndose luego a aislar el trocánter mayor desinsertando los músculos pelvitrocantéricos. Se reseca la porción antero lateral de la cápsula una vez expuesta, procediéndose luego a la resección del tendón del psoas ilíaco. Esto permite luxar la cabeza que viene decorticada conjuntamente con el acetábulo. Se introduce la epífisis en el cotilo manteniéndola en estrecho contacto con el fondo del acetábulo mismo por medio de un grueso tornillo. Finalmente se toma un injerto del ala iliaca que viene puesto a puente entre ella y el gran trocánter en un canal especialmente preparado. Yeso pelvipédico con el miembro en posición correcta y abducción de 20° permanente por un período variable entre los 3 y los 5 meses (técnica de Delitala-Pais). Puede suceder que la operación necesite dos tiempos si se presenta una de las siguientes situaciones: 1) en las ilíacas posteriores altas, no solamente es necesario a veces preceder con una tracción la operación (trans esquelética), sino que se hace necesario además realizar una artromiolisis previa seguida de tracción pudiéndose realizar la artrodesis sólo en un segundo tiempo. 2) Puede suceder que a pesar de la artromiolisis no sea posible bajar la epífisis, siendo necesario acudir a una artrodesis en posición de luxación siguiendo la técnica de Putti (menos eficaz). 3) Finalmente puede presentarse el caso en el que el afrontamiento de los elementos articulares sea posible únicamente llevando la cadera en posición de abducción marcada. Situación que obliga a realizar una osteotomía de dirección posteriormente. Las artrodesis descritas son varias pero en esencia no existen diferencias sustanciales entre ellas.

Los aspectos favorables de la artrodesis son los siguientes: a) elimina el dolor, b) disminuye o anula el acortamiento, c) elimina la deformidad, d) mejora la estabilidad y e) mejora la deambulacion.

Después de la artrodesis se puede sin temor, afirmar que la osteotomía de apoyo (en sus diferentes versiones) encuentra el mayor número de seguidores. Me limitaré a describir la osteotomía de apoyo según Lorenz por ser la más conocida. Esta operación viene efectuada cuando en las luxaciones muy dolorosas no es técnicamente posible realizar la reducción-artrodesis o la reducción-artroplastia (Colonna), o, si se desea conservar la movilidad de la cadera. Principios fundamentales de la técnica, además de los apuntados, es el de dar un sólido apoyo a la pelvis sobre el fémur y aumentar la tensión de los músculos glúteos medio y pequeño (mediante la osteotomía subtrocantérica). El apoyo de la pelvis se obtiene realizando una osteotomía oblicua a nivel del acetábulo introduciendo el muñón distal de la osteotomía en el cótilo pasivamente al mismo tiempo afrontando al muñón proximal llevando hacia abajo y hacia adentro (aducción). Los pasos principales de la técnica son los siguientes: incisión lateral que parte del trocánter mayor en sentido distal por 15 cm. Se incide la fascia lata penetrando a través de los músculos vasto externo y biceps femoral. Expuesto el hueso, se efectúa la osteotomía de tipo oblicuo recordando que la extremidad distal del muñón diafisario debe quedar a un nivel correspondiente a la mitad superior del cotilo (la zona de osteotomía indicada para respetar esa condición

se encuentra inmediatamente por debajo del pequeño trocánter). De inmediato se lleva al miembro en abducción de 45° y en extensión de 20° para corregir la flexión-aducción. Simultáneamente se aplica presión sobre el muñón diafisario para introducirlo en el acetábulo. Ocasionalmente esta maniobra no se puede realizar por la contracción marcada de los músculos aductores. En tal caso se procede a la tenotomía de los mismos. El paciente viene inmovilizado con un aparato de yeso pelvipédico por espacio de tres meses una vez consolidada la osteotomía, que siendo estable, no necesita de medios metálicos de síncsis. Otras técnicas propuestas son las de Delitala (que desaconseja la introducción del muñón diafisario en el acetábulo); Boicev (que tiende con su técnica a dar apoyo a la pelvis, a alargar el miembro, a aumentar la tensión de los glúteos medio y pequeño abolviendo el signo de Trandelenburg); Schanz (osteotomía a la altura de la tuberosidad isquiática); Albamese, Lussana, Hass, etc.

TRATAMIENTO DE LUXACIONES BILATERALES

En las luxaciones bilaterales las indicaciones son más delicadas y los problemas para resolverlas, sin duda más difíciles. Siguiendo los conceptos de R. Zanoli, se puede indicar el tratamiento en las formas bilaterales, como sigue: siendo la luxación iliaca superior, la única que pueden permitir un resultado quirúrgico aceptable, Zanoli aconseja reducción-artrodesis del lado más artrósico con el fin de descargar el lado opuesto. En las luxaciones asimétricas, reducción-artrodesis si del otro lado la luxación es iliaca posterior, artroplastia si en cambio es iliaca superior. De lo antes dicho se desprende que no hay una voz única en cuanto a las indicaciones se refiere y que éstas son siempre de más difícil actuación toda vez que se trata de las formas bilaterales. La operación de Milch, como se dijo en párrafos anteriores, viene indicada en el tratamiento de L.C.C.I., por varios autores, si bien es cierto alternando con otras intervenciones de acuerdo con las características de cada caso. Se da el mérito a Barbieri de haber introducido la resección-angulación como operación ideal para el tratamiento de esta gravísima secuela. Este autor sostiene con gran énfasis que en el tratamiento de L.C.C.I., se debe mirar única y exclusivamente a mantener o mejorar el movimiento, conjuntamente a la eliminación del dolor, en otras palabras, Barbieri afirma que la única operación que no se debe realizar es la artrodesis, considerando que dicha intervención quirúrgica es invalidante en proporción directa con la eliminación del dolor. Creemos firmemente que los principios de Barbieri, a pesar de nuestra limitadísima experiencia (un caso), basándonos en la lógica de su indicación y, sobre todo, porque su afirmación ha sido sin duda favorecida por el fracaso de otras operaciones un tiempo consideradas insustituibles. La casuística de Barbieri es amplia, 17 casos (14 bilaterales) y sus resultados, considerados por el autor excelente (3 malos). No dudamos de que es una experiencia amplia y digna de toda consideración. De gran utilidad también ha sido para nosotros la casuística reportada por De Jure (Italia)², en relación a la resección de la epífisis femoral como segunda operación ante la persistencia del dolor y la progresiva pérdida del movimiento. De Jure presenta 17 casos de L.C.C.I., bilaterales y uno monolateral, de su experiencia en el Instituto Rizzoli. Desglosando la casuística, tenemos: 7 casos de L.C.C.I. bilateral, operados precedentemente con indicación de osteotomía de apoyo a un lado, siendo reoperados con resección tipo Girlestone obteniendo 4 resultados buenos, uno regular y 3 malos. Cinco casos de L.C.C.I., bilateral fueron tratados primeramente como los anteriores sólo que en esta ocasión fueron operadas ambas caderas; reintervenidas únicamente de un lado con la técnica de Girlestone, reportando 3 casos buenos, uno discreto y uno malo. Un caso de L.C.C.I., bilateral que fue intervenido directa-

mente con la técnica de Milch, resultado: bueno. Un caso de L.C.C.I., monolateral, con artrosis controlateral al cual en un tiempo se intervino con osteotomía de apoyo en el lado luxado y sucesivamente reintervenido con resección de la epífisis femoral. Un caso de cadera displásicas bilaterales con artrosis, inicialmente tratadas con osteotomía de apoyo en un solo lado seguido de resección-angulación según Milch, en un segundo tiempo, y como única operación la técnica de Milch en el lado controlateral, reportando el lado primitivamente operado con la técnica de Milch, como bueno, el lado reoperado, como regular. De los casos presentados por De Jure, podemos obtener algunos datos muy interesantes: 1º, la operación indicada inicialmente en todos los casos, fue una osteotomía de apoyo excepto un caso en el cual se indicó la resección-angulación de Batchelor (no se resecó el cuello), paciente que no fue reintervenido. Y un caso de osteotomía, no siendo la técnica. 2º, la reintervención fue, en 14 casos, resección de la cabeza femoral. En uno, resección-angulación de Milch de un lado (el centro lateral fue inicialmente osteotomizado y reintervenido sucesivamente con la técnica de Milch). 3º, que la resección de la cabeza realizada en un segundo tiempo como complemento de la osteotomía de apoyo venía en última instancia a convertir la osteotomía de apoyo en una osteotomía-resección tipo Batchelor. 4º, que la resección-angulación tipo Milch, se hizo como complemento (caso bilateral) a una osteotomía de apoyo precedente y como indicación inicial en la cadera contralateral. 5º, que las técnicas de Batchelor y Milch son muy semejantes (Milch reseca el cuello femoral ampliando el apoyo de la pelvis). 6º, que el resultado final fue excelente habiendo sido los casos malos, tres (siempre en pacientes reintervenidos); regulares, 4 (misma situación de los casos anteriores); buenos, 13 casos. 7º, que los dos casos en que se usó la técnica de Milch y Batchelor como indicación inicial, el resultado fue bueno. 8º, que el segundo caso en que se reintervino con la técnica de Milch, fue reportado como regular.

Fijadas estas observaciones, deducimos que la resección de la cabeza mejoró notablemente el propósito de estos pacientes. Que en un primer tiempo la osteotomía de apoyo pareció haberlos beneficiado, pero que seguidamente se estaban perdiendo las razones fundamentales por las cuales la osteotomía de apoyo se había indicado: movilidad y eliminación del dolor.

Pasaremos ahora a hacer un análisis de los puntos favorables y desfavorables de la operación de Milch en relación a las otras técnicas que se realizan.

Cualidad indiscutible del Milch es la de dar una movilidad que se puede considerar prácticamente completa; la de eliminar o disminuir notablemente el dolor. En la forma de L.C.C.I. monolateral no se discute que la artrodesis elimina el dolor, que da un sólido apoyo, que prácticamente elimina el acortamiento. Pero también se acepta, sin titubeos, que se sacrifica la movilidad de un miembro, situación que sin duda es invalidante al máximo, especialmente en jóvenes (agravándose en el sexo femenino). A esto hay que agregar que muchos cirujanos consideran la edad ideal para la reducción-artrodesis, los 23 años. No es despreciable tampoco la posibilidad de una pseudo artrosis, así como también que es reconocido que a mayor edad más difícil es obtener la reducción de la epífisis femoral en su sede normal para así poder efectuar la artrodesis. En cuanto a la osteotomía de apoyo, se ha deducido claramente de la experiencia de De Jure y otros autores, que, si bien inicialmente los resultados son buenos, en cuanto se refiere al movimiento en ese momento presente y a la abolición del dolor, en un segundo tiempo las superficies de roce que se crean entre la cabeza femoral y el

1 Gran parte de las casuísticas reportadas en esta publicación fueron tomadas del excelente trabajo del Prof. De Jure, Cirujano del Instituto Rizzoli de Bologna, Italia.

ala iliaca o el neo cotilo, conducen a un proceso artrósico degenerativo en principio doloroso, secundariamente anquilosante.

En las formas inveteradas bilaterales, la situación se complica. El realizar a un lado una artrodesis y una osteotomía de apoyo contralateral o simplemente abstenerse de intervenir, crea una situación que considero quizás más grave. Recargándose durante la deambulación (especialmente) la cadera no intervenida o intervenida con osteotomía de apoyo, o con una artroplastía empeorando procesos artrósicos presentes o creándolos (que es más grave) pudiendo llevar al paciente a una inmovilidad bilateral (artrodesis de una parte, rigidez o angulación contralateral). La realización de una osteotomía de apoyo bilateral tiene los inconvenientes ya descritos en el párrafo dedicado al tratamiento quirúrgico de la forma mono lateral. Finalmente es sabido por todos los ortopedistas, que la artrodesis de cadera es absolutamente contraindicada cuando existe concomitancia de un proceso artrósico vertebral o a nivel de la rodilla. Ciertamente muchos pacientes además de su luxación, pueden sufrir un proceso artrósico. ¿No es cierto que las escoliosis de compensación en el acortamiento de un luxado, son un terreno predisponible para la implantación de un proceso artrósico degenerativo?

Veamos ahora los inconvenientes esenciales de la operación de Milch. En primer lugar, la claudicación. A pesar de las variantes introducidas por Charry y Barbieri, ésta persiste, pero sabemos que está presente sea en las osteotomías de apoyo, sea en las artrodesis, aunque por causas diversas. También es reconocido que el Milch, en las formas bilaterales, atenúa notablemente la claudicación. Por otra parte, se puede, con complementos ortopédicos, reducir el acortamiento. Finalmente hay que tomar en cuenta que se trata de pacientes acostumbrados a claudicar y aún más, a deambular con muletas o bastones. El dolor viene llamado a causa como otro punto desfavorable al Milch. Podemos responder que en la mayoría de los casos desapareció completamente y que en aquellos en que persiste, en forma perfectamente soportable, es comparable con el que antes o después se representa en las osteotomías (y que continúa agravándose), y sin la menor discusión, preferible a la abolición del dolor que nos da la reducción-artrodesis sacrificando en forma total y definitiva, el movimiento.

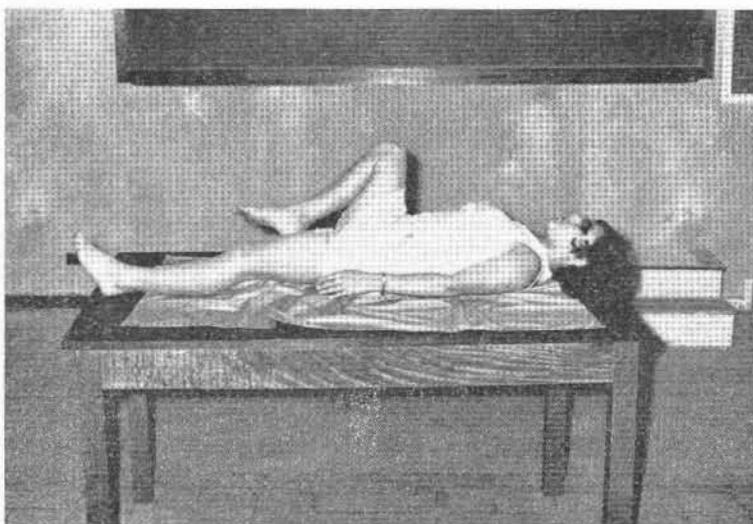
Se puede concluir que la resección-angulación de Milch, especialmente en el tratamiento de L.C.C.I., es una intervención quirúrgica que permite readquirir las condiciones mecánicas necesarias para la realización del movimiento, la completa desaparición o atenuación del dolor. La resección de la cabeza femoral excluye del apoyo la articulación enferma, por lo tanto, elimina la causa del dolor. La osteotomía da movimiento y un apoyo sólido y estable que hace posible la deambulación.

La primera realización quirúrgica según Milch, en Costa Rica, como indicación en un caso de L.C.C.I. monolateral, fue efectuada en el Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, en 1968. Se trata de N.P.M., expediente clínico N° 229542, de 16 años, sexo femenino. Ingresó al Hospital San Juan de Dios por traumatismo cráneo y pérdida de conocimiento. Repuesta de su problema conmocional, se descubrió que la paciente claudicaba claramente. Se sometió a control ortopédico, el cual reveló una luxación congénita inveterada de cadera derecha (evidente deformidad en flexión, aducción y extra rotación con amplia limitación articular de todos los movimientos). Diagnóstico confirmado radiológicamente (Fig. 2). La paciente declaró una larga historia de dolor que paulatinamente había ido en aumento; paralelamente a una siempre mayor limitación articular. El acortamiento de miembro, clínicamente, era de 6 cm, causa de la grave claudicación derecha. Se propuso intervención quirúrgica, indicándose la reducción-angulación de Milch. Vino operada el 20/III/68 (Fig. 3),



Nº 3.—N.R.M. 16 años. Resultado radiológico de la operación efectuada con la técnica de Milch-Charry.

realizándose la técnica en un solo tiempo. Una semana después se inició rehabilitación pasiva que pasó a la fase activa a los 22 días de la operación, fecha en que inició la deambulación con muletas. Fue controlada el 4/V/68: buen callo, deambula sin el auxilio de muletas o bastón. Clínicamente, mínimo dolor con limitación de los últimos grados de la flexión, y acortamiento de 2.5 cm. Recontrolada el 19/10/68: mínima claudicación, arco articular completo. La



Nº 4.—N. R. M. 18 años. Flexión completa de la cadera 2 años después de operada. Los otros movimientos son completos, no hay dolor. Persiste claudicación moderada.

paciente refirió textualmente: "Con la pierna operada hago exactamente los mismos movimientos que con la pierna buena, sin el mínimo dolor". El 18/1/69, la paciente refirió sentir un mínimo dolor después de marchas prolongadas. Sucesivos controles efectuados en mayo, junio y setiembre del 69, demostraron eliminación del dolor, movimiento completo con claudicación poco evidente. La paciente se muestra contentísima. Resultado excelente a 2 años de la intervención quirúrgica (Fig. 4).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Es criticable una intervención quirúrgica que produce la mutilación de una parte del cuerpo, pero si tenemos presentes las indicaciones en que esa viene practicada, y los resultados obtenidos, a una distancia de muchos años, nos damos cuenta de que su indicación, no solamente es necesaria, sino indispensable en muchos casos.

Se describieron innumerables situaciones en las que cabe su aplicación, (fracaso de otras operaciones, grave coxartrosis bilateral, afecciones anquilosantes, procesos de por sí o por intolerancia de las prótesis en artroplastías, etc.). El fin de este trabajo es demostrar que la experiencia de autores dignos de todo respeto, es indiscutiblemente favorable a la ejecución de la técnica cuando está correctamente indicada. Indicación precisa es el tratamiento de la L.C.C.I., mono o bilateral. Nuestra única experiencia me ha dado un resultado que no vacilamos en considerar excelente, a 2 años de distancia. Estamos de acuerdo en que un caso es muy poco, y 2 años prematuro para dar una conclusión final, pero consideramos que es una estupenda base para insistir en su aplicación, especialmente en el tratamiento cruento de la displasia congénita inveterada de cadera.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.—DE JURE, T.
Risultati a distanza della resezione della testa femorale. Atti, S.E.R.T.O.T., Bologna, 1965.
- 2.—GOIDANICH, I. F.
Compendio di Ortopedie e Traumatologia, Vol. II, Ed. Calderini, Bologna, 1961.
- 3.—PAIS, C.
Il trattamento della lussazione congenita inveterata dell'anca. Chirurgia Italiana, Vol. 1. Fasc. 1. 1947.
- 4.—TENEFF, S.
Tecnica Chirurgica ortopedica e Traumatologica. Volume I, S.E.U., Roma, 1966.
- 5.—VAYANOS, E.
l'opération de résection-angulation de la hanche de Milch. Sa place dans la chirurgie de la hanche. -Thèse Lyon, 1959.
- 6.—ZANOLI, R.
Le traitement de la luxation congénitale invétérée de la hanche. Revue de Chir. Orthop., 37, 488-489, 1951.
- 7.—ZANOLI, R.
La cura chirurgica dell'artrosi dell'anca, Atti XII Cong. Bien. Intern. di Chir. (J. C. of Surgeons), Ed./E.M.E.S., Roma, 37, 41, 1960.