

Antepulsión pélvica: Osteotomía ilíaca correctiva

HORACIO GOMEZ, ANIBAL GARRIDO, FABIO PEIRANO y JOSE IGNACIO ARREDONDO

Instituto Dupuytren, Buenos Aires, Argentina.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

En la patología de la columna lumbar⁴ o su tratamiento,² puede quedar como secuela una cifosis no reductible, que lleva a una antepulsión pélvica grave. Como consecuencia de ello, el paciente presenta una seudoflexión de cadera que altera la marcha.

Los patrones de compensación son: 1) marcha con flexión de cadera y rodilla, y 2) marcha en cuatro puntos, utilizando dos bastones en flexión de tronco. El cuadro anteriormente descrito muchas veces está asociado a lesiones neurológicas en miembros inferiores por su patología de base.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, que tiene como antecedente de su enfermedad actual un trauma directo sobre su columna dorsolumbar en octubre de 1992. Fue asistido de urgencia con internación en Cuidados Intensivos por 7 días y, según refiere, sufrió una paraplejía completa.

Fue intervenido quirúrgicamente, se realizó una descompresión y estabilización de la columna lumbar. La evolución local fue mala, tuvo infección y escaras¹ lumbares, lo cual obligó al retiro de la instrumentación al año de colocada.

Las condiciones clínicas actuales del paciente son buenas, con recuperación funcional parcial. Marcha a cuatro puntos, con dos bastones adelantados 50 cm del eje del cuerpo y flexión del tronco de 40°; la cadera derecha en extensión adopta una posición en rotación externa de 35°.

En la inspección dorsolumbar, comprobamos secuelas de escaras lumbares, con injerto de piel adherido al plano óseo y una cifosis lumbar pronunciada. La movilidad de la columna lumbar es nula. Las caderas y las rodillas son móviles en todo su rango. En decúbito dorsal, la cifosis estructurada lumbar produce una antepulsión pélvica, y lleva a ambas caderas a una seudoflexión de 35°.

La valoración muscular de miembros inferiores muestra una recuperación neurológica franca (Tabla) que le permite una marcha asistida.

El estudio radiológico y tomográfico de reconstrucción de la columna lumbar muestra una lesión por aplastamiento de vértebras lumbares 2, 3 y 4, con signos de fusión y cifosis residual de 30° (Fig. 1). En el estudio frontal de reconstrucción tomográfica, se observa una imagen similar a una *outlet* (pelvis salida) con desplazamiento de agujeros obturadores, patente de antepulsión pélvica.

Técnica empleada

Paciente en decúbito dorsal y almohadilla en zona sacra. Colocamos campos quirúrgicos, dejando libres ambos miembros inferiores y crestas ilíacas. Abordamos una de las crestas ilíacas (izquierda) por una vía de Smith Petersen y efectuamos una osteotomía supraacetabular dirigida a la escotadura ciática mayor, al punto medio entre ambas espinas ilíacas (Fig. 2), dejando dos palancas de Hohmann para proteger la escotadura ciática mayor. Pasamos a la cadera derecha, abordando por la misma vía y efectuando la misma osteotomía descrita, con el agregado de la desinserción del tendón del psoas del trocánter menor. En este momento, la pelvis queda dividida en una hemipelvis superior y otra inferior, se protegen ambas escotaduras ciáticas con dos palancas de Hohmann en cada lado.

Llevamos ambos miembros inferiores a posición funcional en extensión de caderas y rodillas, de esta forma rota la hemipelvis inferior, haciendo bisagra en el punto posterior de ambas escotaduras ciáticas, y dejando una cuña abierta de base anterior. Medida la cuña, tomamos injerto óseo de cresta ilíaca, con el que compensamos el defecto creado. Estabilizamos las osteotomías y los injertos con dos clavos de Steinmann de cada lado (ilíaco proximal-injerto-ilíaco distal) y completamos la osteosíntesis con placa de reconstrucción (Figs. 3, 4 y 5).

Tabla. Valoración muscular

	Derecha	Izquierda
Glúteo mayor	4	4
Glúteo medio	4	4
Psoas	4(+)	4(+)
Cuadríceps	4	4
Gemelos	3	3(-)

Recibido el 25-7-2000. Aceptado luego de la evaluación el 23-8-2000. Correspondencia:
Dr. H. GÓMEZ
Cervino 4679
(1425) Capital Federal
Argentina



Figura 1. Cifosis lumbar posfractura con paraplejía.

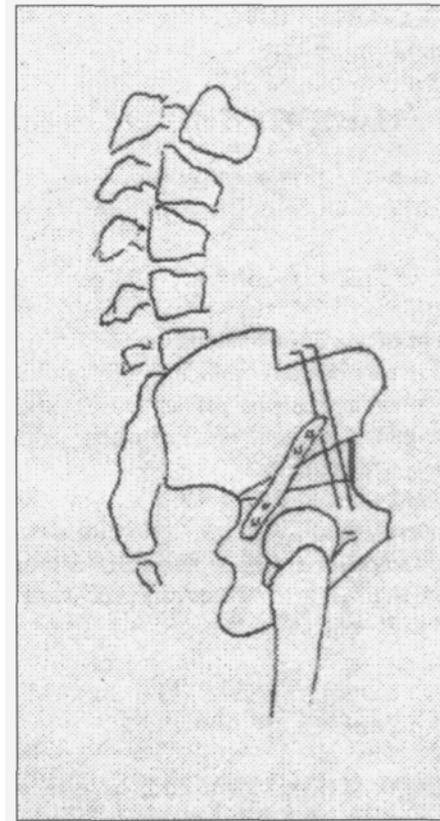


Figura 3. Esquema de la técnica quirúrgica.

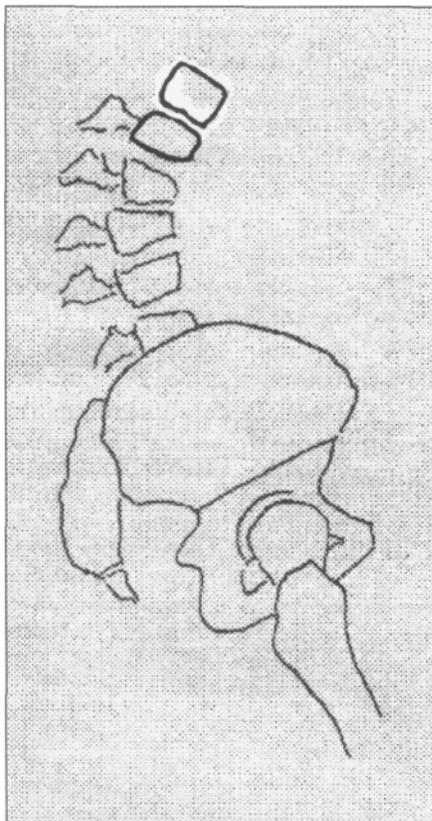


Figura 2. Calco preoperatorio.

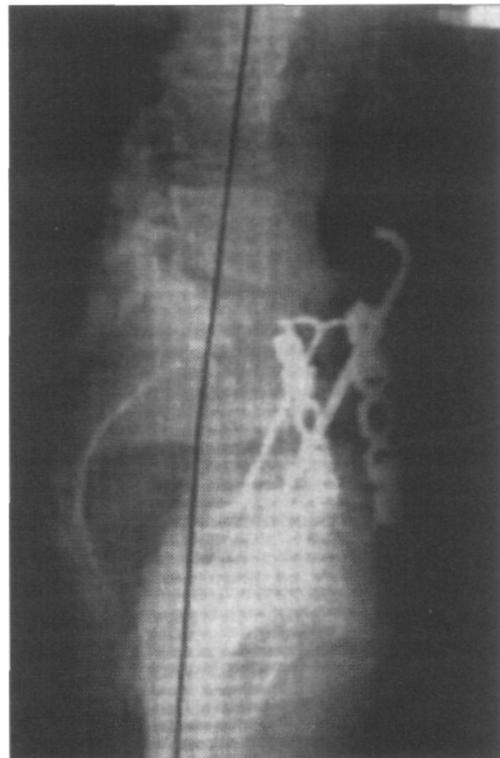


Figura 4. Osteotomía pelviana correctora de la cifosis lumbar.

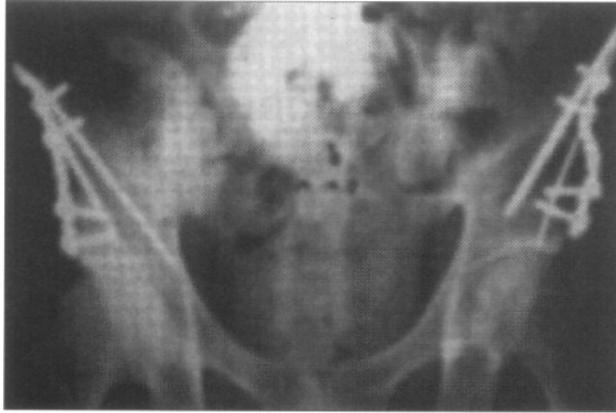


Figura 5. Osteotomía pelviana con osteosíntesis e injerto óseo.

En la cadera derecha, transferimos el músculo psoas al trocánter mayor, y lo transformamos funcionalmente en rotador interno y flexor.

Discusión

Se consideran las diferentes posibilidades de tratamiento:

- A. Osteotomía a nivel lumbar en el nivel de la lesión. Fue descartada por varios especialistas en el tema por los antecedentes de lesión neurológica e infección agregada, la piel adherida al plano óseo y lo dificultoso del procedimiento.
- B. La liberación de partes blandas anteriores de la cadera, buscando una hiperextensión compensadora. Fue descartada por la probable insuficiencia muscular secuelar en un paciente con base neurológica. Además, la antepulsión pélvica produce un anteversión acetabular que, sumada a la liberación, podría causar una inestabilidad articular anterior.
- C. Osteotomía femoral bilateral. Fue descartada por alejarse del punto de lesión y no resolver la anteversión acetabular. Este procedimiento deja una menor superficie de carga cefalofemoral y una inestabilidad anterior de la cadera.

Conclusiones

1. Técnica sencilla.
2. Logra una gran corrección rotacional.
3. Corrige las alteraciones de anteversión acetabular.
4. Da cobertura y estabilidad anterior.

Referencias bibliográficas

1. **Drummond, D; Breed, AL, y Narechania, R:** Relationship of spine deformity and pelvic obliquity on sitting pressure distributions and decubitus ulceration. *J Pediatr Orthop*, 5: 396-402, 1985.
2. **Dubouset, M; Guillaumat, M; Miladi, L; Beurier, J, y Tassin, JL:** Correction et fusion jusqu'au sacrum des bassins obliques avec instrumentation C. D. chez l'enfant et l'adulte. SOFCOT Reunion annuelle, nov. 1986. *Rev Chir Orthop*, 73: suppl II, 1987.
3. **Winter, RB, y Carvalho Pinto, W:** Pelvic obliquity: Its causes and its treatment. *Spine*, 11 (3): 225-234, 1986.
4. **Wood, KB; Geissele, AE, y Ogilvie, JW:** Pelvic fractures after long lumbosacral spine fusions. *Spine*, 21 (11): 1357-1362, 1996.