

Luxación congénita inveterada de cadera Tratamiento quirúrgico*

Dres. M. VÍCTOR FRANCONI**, ERNESTO GARCÍA TORNADU, MALBA R. SAFFE,
EDGARDO LOCASO

RESUMEN

Se presenta la experiencia del empleo del reemplazo total de cadera en 19 casos de luxación congénita inveterada. Las edades oscilaron entre los 32 y 69 años y el seguimiento promedio de la serie fue de 6 años (mínimo 6 meses, máximo 12 años).

SUMMARY

The authors present their experience with total hip replacement in congenital dislocation of the hip. The indication of hip replacement for sequelae of CDH is 2.3% of cases in the author's experience. Nineteen patients with ages ranging from 32 to 69 years were followed for a period between 6 months and 12 years. The results indicate that THR is a valid treatment for degenerative arthritis secondary to CDH.

INTRODUCCION

Sobre 826 reemplazos totales de cadera (RTC) efectuados por los autores, esta indicación en la patología precedente estuvo sólo presente en 19 casos (2,3%). En 16 casos la RTC fue la cirugía primitiva y en 3 fue secundaria a ostetomías.

La pequeña serie de 19 casos y su evolución alejada no mayor de 12 años se justifica por: 1) no ser ésta la indicación quirúrgica aconsejada años atrás; 2) sobre 38 luxaciones de cadera inveterada que nos consultaron, consideramos que solamente

19 casos reunían los requisitos para el procedimiento quirúrgico; 3) la decisión de un RTC en esta patología se basó en una rigurosa selección de pacientes, en los cuales los requisitos estaban dados por su dolor, gran incapacidad, dolor en columna lumbar y rodillas, el haberse agotado los tratamientos incruentos, como asimismo el haber advertido a los pacientes de la complejidad y las eventuales complicaciones que puede tener el RTC en esta patología.

La mitad de la serie presenta una evolución alejada de más de 6 años, por lo que si bien se han incluido algunos casos de reciente evolución, las conclusiones que exponemos son de utilidad.

Se presenta la experiencia del tratamiento quirúrgico de 19 casos de luxación congénita inveterada de cadera, en los que se efectuó el descenso y el reemplazo total en un solo tiempo quirúrgico.

*Trabajo en memoria del Prof. Carlos Aiello.

** Rosario 552, 7° "A", Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODO

Sobre 826 RTC efectuados, esta indicación en la patología precedente comprendió sólo 19 casos (2,30%). Diecinueve caderas correspondieron a 18 pacientes (un caso bilateral). En 16 casos el RTC fue la cirugía primitiva y en 3 secundario a osteotomías. En 14 caderas se empleó prótesis de Charnley, en 3 prótesis híbridas y en 2 prótesis de fijación biológica (no cementada). Correspondieron 18 al sexo femenino y uno al masculino.

El acortamiento promedio fue de 4,6 cm (3,5 a 7 cm). Todos los pacientes fueron operados en un solo tiempo quirúrgico, comprendiendo la liberación y descenso de la extremidad proximal del fémur y la realización del RTC.

En los primeros casos de la serie (hace 12 años) usábamos tracción esquelética preoperatoria y postoperatoria inmediata; luego la consideramos de excepción.

La osteotomía del trocánter se efectuó en todos los casos buscando obtener un trocánter más grande y largo mediante una orientación más vertical y longitudinal de la osteotomía, con el objeto de tener un buen sistema abductor fijado al fémur para estabilizar la artroplastia.

La mayoría de las luxaciones tratadas fueron altas y muy altas, por lo que asociamos tenotomías para lograr el descenso. La tenotomía de los aductores constituyó en todos los casos el primer tiempo del acto quirúrgico. En la mayoría se asoció tenotomía del psoas y de la inserción femoral del glúteo mayor, al mismo tiempo que se efectuó una amplia capsulectomía, con el objeto de la liberación y descenso femoral.

En las 14 Charnley efectuadas, 9 fueron cotilos chicos aletados y 5 cotilos chicos excéntricos alelados, recortando en éstos la aleta irregularmente para que quede trabada al cotilo y/o al injerto óseo cefálico, de manera de evitar la rotación observada por otros autores.

El cotilo protésico se colocó siempre en el acetábulo primitivo, cuyo reconocimiento y preparación requirieron una minuciosa técnica, trabajando en cureta y escoplo el fondo acetabular; cuando éste estaba debilitado se colocaron injertos óseos en el fondo.

En varios pacientes la hipotrofia del canal medular femoral fue importante, obligando a un

cuidadoso fresado del mismo y a la colocación de componentes femorales de tallos rectos angostos.

En los 3 casos de prótesis híbridas se usaron en dos casos cotilos AML con polietileno para cabeza de 22 mm y tallo femoral cementado Charnley. En la restante prótesis híbrida se usó un cotilo Harris-Galante atornillado y un tallo femoral Charnley cementado.

Los dos casos de prótesis de fijación biológica (no cementada) correspondieron a las dos pacientes más jóvenes de la serie (una de 32 años y la otra de 41 años). En un caso se usó una prótesis AML de fijación biológica, cotilo con punzones y tallo femoral con superficie micropórica de cromo cobalto de fijación biológica con cabeza de 28 mm. El otro caso correspondió a una prótesis no cementada Harris-Galante mediante cotilo atornillado y tallo femoral con revestimiento de titanio para su fijación y cabeza de 22 mm.

En todos los casos en que se usó cemento óseo, éste fue con antibióticos (gentamicina). Hemos empleado también antibioticoterapia profiláctica en todos los casos.

Durante el abordaje quirúrgico se expuso parcialmente el nervio ciático mayor, para controlarlo durante el descenso. Los pacientes fueron operados bajo anestesia general, con el objeto de practicar una maniobra tipo Stagnara de semidespertar al paciente, y que movilice su pie para ver si un importante descenso no comprometía la función nerviosa. Se procedió durante el descenso al permanente control de los pulsos arteriales distales, detalle que consideramos de suma importancia. En el postoperatorio inmediato se efectuó un minucioso control vascular y nervioso, con la indicación de luxar la prótesis si se presentaba un síndrome isquémico agudo evolutivo. Esto no se presentó en ninguno de nuestros casos.

La bipedestación y marcha fueron diferidas en todos los casos. La tracción esquelética transtibial fue usada en el pre y postoperatorio en la primera parte de la serie, no usándola en los últimos seis años.

En los casos de mayores asimetrías se usaron ortesis termoplásticas pelvirrotulianas y pelvipédicas, con el objeto de prevenir la luxación de la artroplastia, al igual que cuidar la reconstrucción efectuada.

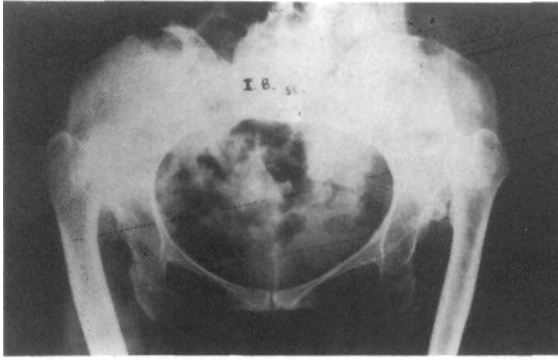


Fig. 1A



Fig. 1B

Fig. 1A. Paciente I.B., de 56 años. Presenta luxación congénita bilateral inveterada de ambas caderas. Consultó por intensa lumbalgia y dolor de cadera en la bipedestación y marcha, que en los últimos meses se acentuaron, lo que motivó la decisión quirúrgica (descenso y RTC). Fig. 1B. Radiografía postoperatoria que muestra el descenso y RTC con prótesis de Charnley. El intervalo entre ambas operaciones fue de 6 meses. En ambos casos se usó la cabeza femoral como injerto para tratar la deficiencia acetabular.

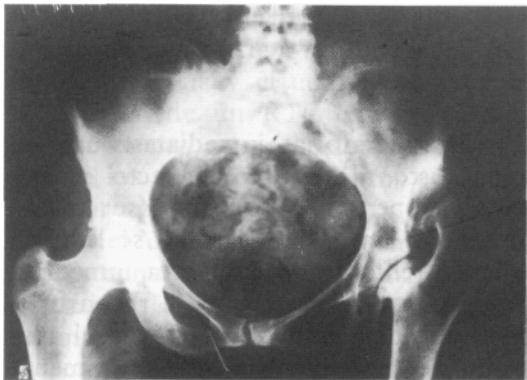


Fig. 2A

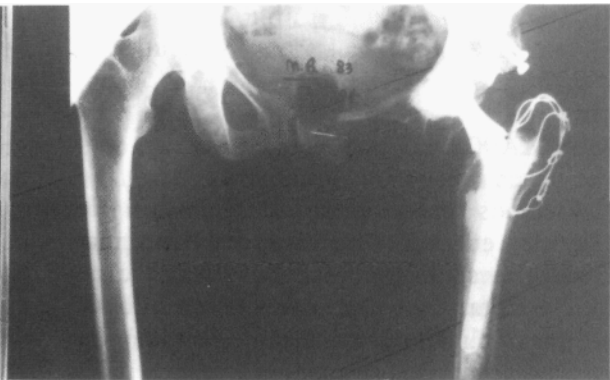


Fig. 2B

Fig. 2A. Paciente de sexo femenino de 58 años. Consulta por dolor de cadera izquierda, limitación de la movilidad y claudicación en la marcha. Usaba un zapato ortopédico con 7 cm de realce. En la adolescencia, 40 años atrás, el Prof. Tamini le efectuó una osteotomía de apoyo que le permitió durante más de 35 años tener una cadera indolora. Obsérvese en la radiografía la luxación alta apoyada artrosica, y la hipertrofia del trocánter menor apoyando en el cotilo primitivo con artrosis. Caso de diartrosis. Fig. 2B. Se efectuó en un tiempo quirúrgico el descenso y RTC prótesis de Charnley, lográndose la igualación de longitud de ambos miembros inferiores (la asimetría era de 7 cm). La paciente lleva 12 años de esta operación, siendo el caso de evolución alejada mayor de la serie. No acusa dolores, es buena la movilidad y leve la claudicación en la marcha.

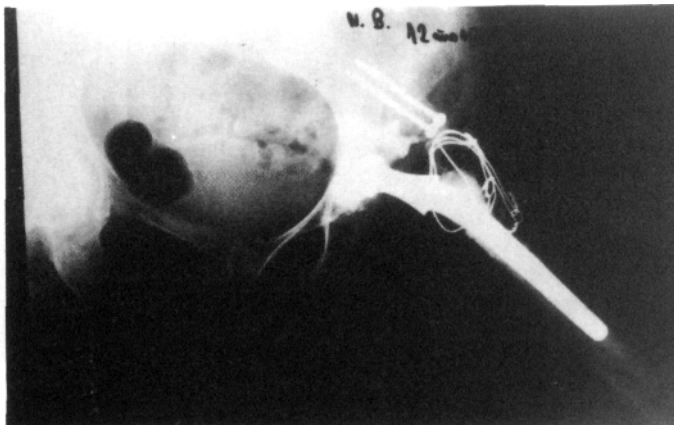
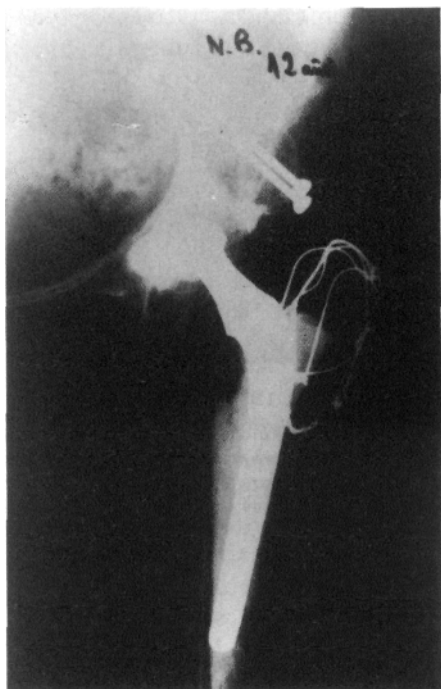


Fig. 2D

Fig. 2C

La paciente operada en la que se logró efectuar el descenso y RTC en un solo tiempo quirúrgico con la igualación de longitud de miembros inferiores. Se observan las radiografías respectivas a 12 años de operada.

RESULTADOS

Tuvimos en cuenta la tabulación de Charnley en cuanto a dolor, marcha y movilidad, y asimismo los importantes cambios cualitativos que hemos observado en la funcionalidad del miembro operado.

Se valoró, en los casos de intensa lumbalgia, la remisión de la misma, con la desestructuración de la hiperlordosis lumbar preoperatoria.

En asimetrías importantes quedaron acortamientos de hasta 2 cm en algunos casos, por lo que consideramos que los pocos casos que tuvieron un pequeño acortamiento residual no repercuten en el buen resultado obtenido.

Sobre 19 casos, en 17 los resultados fueron buenos y muy buenos. En uno malo y en otro regular por haber requerido una revisión.

No registramos a la fecha infecciones ni aflojamientos.

Complicaciones

a) Intraoperatorias: un caso de falsa vía femoral incompleta.

b) Postoperatorias inmediatas: una luxación justo al término del acto quirúrgico al despertar la paciente (se habían corregido 7 cm de asimetría); se la trató mediante reducción semiabierta inmediata con el objeto de no alterar la reconstrucción realizada. Este caso, que es el más antiguo de la serie, evoluciona muy bien a 12 años.

Una paresia del nervio ciático poplíteo externo que involucionó totalmente en dos meses.

c) Postoperatorias alejadas:

Luxación recidivante: un caso. Se trataba de un paciente que previo a la operación llevaba varios años en silla de ruedas; no aceptó la revisión quirúrgica propuesta, por lo que fue un mal resultado, al igual que una mala elección del caso.

Seudoartrosis del trocánter: dos casos. Ambos evolucionaron en forma asintomática, no requiriendo por lo tanto revisión.

Fractura femoral con extrusión protésica: un caso. Se trata de una paciente que al año comenzó con cruralgia evolutiva, constatándose fractura femoral a nivel del extremo distal de la prótesis con extrusión

parcial del tallo distal y cemento; requirió una revisión quirúrgica mediante recambio protésico cementado, evolucionando muy bien a dos años del mismo.

Flebotrombosis: un caso. Mejoró con tratamiento y quedó con edema residual.

No hemos tenido complicaciones vasculares ni nerviosas secuelas (un caso de paresia del ciático poplíteo externo que se recuperó en dos meses).

DISCUSION

La pequeña serie de 19 casos y su evolución alejada no mayor de 12 años se justifica por: primero, no ser ésta la indicación quirúrgica aconsejada años atrás; segundo, sobre 38 luxaciones de cadera inveteradas que nos consultaron, consideramos que sólo 19 casos reunían los requisitos para el tratamiento quirúrgico. El resto eran pacientes cuya mayor preocupación era la asimetría y claudicación; y tercero, la decisión de un RTC en esta patología se basó en una rigurosa selección de pacientes, en los cuales los requisitos estaban dados por apreciable dolor más gran incapacidad; el dolor estaba presente tanto en cadera como en columna lumbar y rodillas. Se habían agotado los tratamientos incruentos y se advirtió a los pacientes de la complejidad y las eventuales complicaciones que el RTC puede tener en esta patología.

Sobre la indicación y el tipo de procedimiento empleado, consideramos que con la amplia experiencia acumulada en la realización de artroplastias de cadera, pueden aplicarse los conocimientos técnicos a la realización de actos quirúrgicos de la complejidad que requiere la patología tratada^{1,5-8,15}.

Nuestro bajo porcentaje de complicaciones a la fecha puede estar explicado en parte por haber aprovechado la experiencia de quienes se abocaron al estudio y tratamiento de estos infrecuentes casos^{4,10-12}.

El haber observado los casos de Farfalli⁴, en los que prótesis acetabulares extra-chicas excéntricas giraron sobre sí mismas determinando un aflojamiento, y cuya causa fue que

presentaron estrías concéntricas y no radiales de fijación, determinó que nosotros no las usáramos.

Observamos que la incidencia de luxación de las prótesis era alta en lo comunicado por varios autores^{4,12}. La atribuimos a tres factores; 1º) prótesis femoral de cuello reducido o corto, que alteraban la estabilidad y biomecánica de la artroplastia; 2º) cotilos colocados con la inclinación habitual y no más hacia la horizontal, como aconsejamos cuando las reducciones de prueba muestran inestabilidad protésica, aunque esto se correlaciona con la longitud del cuello del componente femoral y el descenso de tensión del trocánter/glúteo medio. Coincidimos con Patrucco¹² en que para prevenir la luxación postoperatoria se debe aplicar un yeso postoperatorio. Si es factible lo reemplazamos por ortesis termoplástica.

La ausencia de aflojamiento a la fecha puede estar indicando que hace falta un seguimiento más alejado para valorar el mismo.

Si bien Pusso¹⁴ prefiere a veces abrir una trinchera en la cara lateral del fémur para que pueda entrar la prótesis en canales muy displásicos, pensamos que esta conducta es de excepción.

Con los progresos logrados mediante el RTC, consideramos que aconsejar la operación de la resección simple de la cabeza del fémur es una indicación desactualizada².

Proponer en adolescentes el descenso y artrodesis creemos que es una mala indicación, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes son de sexo femenino. Se la puede justificar en casos de excepción, pues seguramente en un adolescente o joven adulto con una luxación congénita inveterada unilateral el motivo de consulta sea estético por la asimetría y claudicación y no por incapacidad y dolor, por lo que el consejo adecuado es zapato con realce y tratamiento fisioterápico y esperar que llegue el momento en que reúna los requisitos para un RTC.

Afortunadamente en esta serie no hemos registrado infecciones, considerando de utilidad el uso de cemento con antibiótico en prótesis de Charnley e híbridas y antibioti-

coterapia profiláctica en todos los casos.

Como en todo RTC, el paciente debe estar informado de las eventuales complicaciones del procedimiento, y como señalara Wroblewski¹⁵, "una artroplastia de cadera marca el comienzo y no el fin de un tratamiento".

La cabeza femoral osteotomizada debe considerarse como el mejor capital óseo de reserva que tenga esta cadera; por lo tanto, aunque no haya una deficiencia marcada de acetábulo debe usarse como injerto atornillado al mismo. Debemos pensar que en largo plazo, ante una eventual cirugía de revisión, se requerirá un capital óseo más adecuado.

Hay autores que usan aloinjertos de cabeza femoral y luego fijan un componente acetabular no cementado. Sabiendo que no hay crecimiento óseo en aloinjerto y si bien 50% de contacto sólido en hueso vivo es suficiente, creemos que es mucho mejor aprovechar la propia cabeza femoral del paciente, que es el único hueso que conserva su capacidad osteogénica^{5,9}.

En todos nuestros casos observamos la consolidación de los injertos cefálicos. En dos hubo resorción parcial.

Si bien hemos usado un diseño de fijación biológica con tallo de titanio, a raíz de los últimos conocimientos creemos que cuando en el fémur se opta por un tallo de fijación biológica es mejor usar componentes de cromo cobalto^{7, 8, 15}.

Nuestra conclusión es que el RTC en esta patología es la única solución satisfactoria cuando la cirugía es la única alternativa ante la presencia de apreciable dolor e incapacidad, y que los buenos resultados obtenidos en nuestra experiencia justifican el procedimiento en los casos que lo requieren.

BIBLIOGRAFIA

1. Charnley J, Feagin JA: Low friction arthroplasty in congenital subluxation of the hip. *Clin Orthop* 91: 98, 1973.
2. Crowe JF, Mani VJ, Ranawat CS: Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. *JBJS61-A*: 15, 1979.
3. Dennis DA, Halley DK: Use of the Charnley minioffset bore acetabular component in severe acetabular dysplasia. *Clin Orthop* 211: 140, 1986.
4. Farfalli LA: Artroplastias totales en luxaciones congénitas inveteradas de la cadera. *Bol y Trab SAOT XLV*: 360, 1980.
5. Francone MV, García Tornadú ES: Nuestra experiencia en el reemplazo total de cadera de Charnley. A propósito de 507 casos. *Rev AAOT* 53 (3): 409-418, 1988.
6. Harlye JM, Wilkinsom JA: Hip replacement for adults with unreduced congenital dislocation. *JBJS* 69-B: 752, 1987.
7. Harris WH: Total hip replacement for congenital dysplasia of the hip technique. *Proceedings of the Second Open Scientific Meeting of the Hip Society*. CV Mosby Co, St Louis, 1974, p 251.
8. Harofilakidis G, Stamos K, Ioannidis TT: Low friction arthroplasty for oíd untreated congenital dislocation of the hip. *JBJS* 70-B: 182, 1988.
9. Jasty MJ, Floyd WE, Schiller AL et al: Localized osteolysis in stable, non-septic total hip replacement. *JBJS* 68-A:912, 1986.
10. Merlo FJ: *Rev AAOT* 53 (1): 17, 1988.
11. Paavilainen T, Hoikka V: Cementless total replacement for severely dysplastic or dislocated hip. *JBJS* 72-B (2): 205-211, 1990.
12. Patrucco H, Polyblank JE: El reemplazo total de cadera en la luxación congénita alta. Resultados alejados. *Rev AAOT* 53 (1): 7-20, 1988.
13. Phillips BA, Rao MB: Bateman bipolar hips with autologous bone graft reinforcement for dysplastic acetabular. *Clin Orthop* 251: 104, 1990.
14. Pusso R: *Rev AAOT* 53 (1): 19, 1988.
15. Wroblewski BM: Cirugía de Revisión de Cadera.