

Vía de Hardinge para la cirugía de la cadera (Resumen)

Dr. JUAN CARLOS MACCAGNO*

El antecedente histórico de esta vía de abordaje de la cadera es el abordaje lateral, publicado por Bryan McFarland y Geoffrey Osborne [J Bone Jt Surg 1954; 36-B (3)], quienes describieron un nuevo abordaje quirúrgico para la cadera, el cual estaba basado en la observación anatómica de que el glúteo mediano y el vasto lateral estaban en una continuidad funcional, a través de una capa periostiotendinosa que cubre el trocánter mayor. El paciente es colocado en decúbito lateral y se separan hacia adelante y atrás las inserciones trocantéricas de estos dos músculos, con una delgada capa ósea, del lugar de sus inserciones.

En 1982 Kevin Hardinge publicó [J Bone Jt Surg 1982; 64-B (1)] un abordaje lateral, con una leve curva posterior proximal, con el paciente en decúbito dorsal, la cual brinda una continuidad funcional y también anatómica, al dejar insertado el tercio posterior del glúteo mediano en el trocánter mayor. El autor hace notar que esta vía ofrece ventajas que la distinguen en lo que se refiere a la orientación del implante, la inserción del cemento y la corrección de la discrepancia en la longitud de los miembros inferiores.

Nosotros hemos utilizado esta vía de abordaje en todas las hemiartroplastias, en las artroplastias totales de cadera (no cementadas, híbridas y cementadas) y en las revisiones de artroplastias de cadera practicadas en nuestro Servicio, desde el año 1989 hasta la fecha (en los últimos siete años). Hemos preferido, a diferencia de la descripción original de Hardinge,

la posición del paciente en la mesa de quirófano en decúbito lateral (esta ubicación nos permite mantener las mismas ventajas mencionadas por el autor).

La incisión es longitudinal lateral, levemente curvada hacia atrás en su mitad proximal, y está centrada en el trocánter mayor. Se extiende 8 cm paralelos a la diáfisis del fémur, a lo largo de su borde anterior. Proximalmente la incisión se extiende en una dirección levemente posterior y termina a nivel de la espina ilíaca anterosuperior. El tejido celular subcutáneo y la fascia glútea e ileotibial son seccionados en la misma longitud y dirección. La incisión musculotendinosa del vasto externo y del glúteo mediano tiene una forma semejante a una "S" itálica y se realiza con el electrobisturí. El punto de comienzo de la incisión está aproximadamente a 1 cm de la unión musculotendinosa, por la parte anterior del tejido tendinoso del glúteo mediano. Se progresa este corte hacia posterior y proximal (siempre sobre tejido tendinoso) hasta llegar al borde superior del trocánter mayor, a nivel de la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior de la inserción trocantérica del glúteo mediano. A partir de este punto se progresa con el electrobisturí en forma longitudinal hacia proximal, en una distancia de unos 3 cm (no superando esta distancia se evita dañar ramas terminales de la arteria glútea como al nervio glúteo superior). Desde el punto de comienzo de la incisión de este plano musculotendinoso se termina la incisión proyectándola distalmente, en forma longitudinal, sobre la parte anterior del músculo vasto externo (6 cm). En el mismo plano de corte se secciona la inserción trocantérea del glúteo menor. Se va reclinando el colgajo musculotendinoso anterior hacia

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni, Pilar 950, Buenos Aires.

adelante. Se reseca la cápsula articular y se obtiene de esta forma una amplia visión anterior, externa y posterior de la articulación de la cadera. La cadera se luxa anteriormente en aducción y suave rotación externa. Se coloca la pierna y pie en un "bolsillo" colocado previamente colgando del borde ventral de la mesa. Una vez concluida la parte ósea de la operación, el cierre se hace con puntos separados fijando la parte tendinosa anterosuperior movilizad a la porción posteroinferior que se

mantuvo fija en sus inserciones naturales.

La continuidad anatómica y funcional de esta vía de abordaje reduce la frecuencia de las luxaciones postoperatorias, comparada con la vía posterolateral. En los pocos casos en que ésta se produce el mecanismo es por rotación externa y en extensión del miembro inferior. Esta vía puede llegar a comprometer la potencia abductora de la cadera si se lesiona el nervio glúteo superior, por lo que hay que tomar los recaudos ya mencionados para evitarlo.