

III. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA EN PACIENTES MAYORES DE 18 MESES Y EXPECTATIVAS DE SU REHABILITACION

Dr. Hernando Guerrero V.
Bogotá - Colombia

Es innegable que el éxito en el tratamiento quirúrgico de la Luxación Congénita de la Cadera, depende en buena parte de un tratamiento complementario y bien dirigido de Fisioterapia y Rehabilitación.

Como regla general se pueden esperar buenos resultados de un tratamiento ortopédico, no quirúrgico en pacientes que no han iniciado la marcha y por lo tanto su rehabilitación es de corta duración y de resultados satisfactorios.

En cambio cuando por cualquier circunstancia los pacientes no se ven sino después de los 18 meses, la retracción de los tejidos blandos ha aumentado considerablemente y la cabeza femoral ha ascendido por encima del acetábulo, haciendo que la reducción y la contención sean más difíciles e inestables, presentando con frecuencia reluxaciones que no son otra cosa que la consecuencia de deformaciones de adaptación tanto de la cabeza femoral como del acetábulo, lo que conduce a la necesidad de procedimientos más agresivos tanto para la articulación como para los tejidos blandos circundantes, lo que conduce a que un tratamiento ulterior de Rehabilitación vaya a ser más difícil, laborioso y de más larga duración con resultados impredecibles.

Revisión bibliográfica

Es un consenso general que el tratamiento conservador de la Luxación Congénita de la Cadera se vuelve más y más difícil en pacientes mayores especialmente en aquellos que ya han iniciado la marcha. La dificultad radica principalmente en la inestabilidad de las reducciones, consecutiva a cambios morfológicos tanto de acetábulo como del extremo superior del fémur.

Pemberton analiza esta inestabilidad en razón de una falta de contención de la cabeza femoral en la parte anterior del acetábulo, que no es otra cosa que un defecto de orientación adaptacional al mismo y que se ha denominada *Anteversión Acetabular*.

Salter comparte este escrito y considera además que aún manteniendo la reducción, la remodelación del acetábulo es muy pobre después de los 18 meses aún a pesar de que se mantengan las buenas

relaciones cefálico acetabulares por períodos prolongados.

Harris y Lloyd Roberts son más elásticos en el pronóstico de esta remodelación acetabular y dan márgenes superiores a los 5 años.

Por otra parte la reducción cerrada de una luxación congénita de cadera es posible después de un período de tracción, pero en general requieren de manipulaciones bruscas, traumáticas para la cabeza femoral que con frecuencia conducen a sufrimientos secundarios tanto del acetábulo como del cartílago de la cabeza femoral con la resultante osteocondritis, con dolor y rigidez articular consecutivas.

De acuerdo con estos criterios la experiencia nos enseña que el tratamiento de elección de las caderas congénitas en pacientes mayores, es la reducción abierta combinada con un procedimiento de acetabuloplastia.

Criterio de elección del procedimiento quirúrgico

La técnica de la reducción abierta se sigue en principio de acuerdo con las recomendaciones básicas de Scaglietti y Col., la que venimos practicando desde hace mucho tiempo con la sola modificación de la apertura capsular que la preferimos en T con la cual obtenemos 2 colgajos, uno superior y otro inferior cuya imbricación después de la reducción nos va a garantizar su estabilización.

El interrogante radica principalmente en la escogencia del tipo de acetabuloplastia. Casi podría afirmar que su elección depende de criterios personales o de escuelas según el centro hospitalario, pues en la literatura es poco lo que se encuentra al respecto. Nosotros seguimos algunos conceptos de los publicados por Tachdijian más que todo teniendo en cuenta el tamaño de la cabeza con el del acetábulo, el grado de displasia acetabular y el grado de anteverción femoral.

La osteotomía de la línea innominada de Salter la preferimos en: 1. Cabeza de mayor tamaño que el acetábulo. 2. Displasias acetabulares menores, pues

con este procedimiento las correcciones no sobrepasan los 10 a 12 grados. 3. Anteversiones femorales por debajo de los 55 grados.

La osteotomía pericapsular de Pemberton la encontramos más útil en: 1. Acetábulos grandes de mayor tamaño que la cabeza. 2. Displasias acetabulares por encima de los 40 grados y 3. Anteversiones femorales de más de 55 grados.

A éste procedimiento se le atribuyó el hecho de que produce un aumento de la presión cefálica, con pinzamiento e incongruencia articulares y por lo tanto tendencia mayor a la restricción de la movilidad y una frecuencia mayor a la necrosis avascular en una proporción cercana al doble de la que se observa en la operación de Salter.

Creemos que con el empleo de la tracción quirúrgica, un entrenamiento adecuado y un mejor criterio en su ejecución, disminuyendo la tendencia a horizontalizar demasiado el techo, todas éstas situaciones consideradas en contra pueden ser superadas.

La contención es buena en uno u otro de éstos procedimientos pero se ha encontrado también una tendencia a mejorar el índice acetabular en el procedimiento de Salter y a un aumento progresivo especialmente en pacientes mayores cuando se usa el procedimiento de Pemberton.

Cuando hay tendencia a subluxación y a aumento de índice acetabular es muy importante evaluar el grado de anteversión femoral y considerar su corrección por medio de una Osteotomía femoral subtrocantérica desrotatoria y varizante.

La fijación de este tipo de Osteotomía debe ser muy estable por lo cual es preferible usar placa y tornillos en vez de la fijación con clavos cruzados pues nos facilita una rehabilitación más precoz, disminuyendo el tiempo de inmovilización.

Expectativas de la rehabilitación

Todo paciente intervenido quirúrgicamente y sin tener en cuenta el tipo de procedimiento elegido: reducción abierta, acetabuloplastia u osteotomía femoral, se inmovilizan en una espica doble de yeso por un tiempo que en promedio va de 6 a 8 semanas, el cual lo consideramos suficiente para garantizar la incorporación del injerto, que nos autoriza a retirarlo para iniciar la segunda y no menos importante fase del tratamiento que es la Rehabilitación.

Una vez retirado el yeso, el paciente se somete a tracción cutánea que nos permite, por una parte continuar con cierto grado de inmovilización relativa y por otra estabiliza la cadera disminuyendo indirectamente el dolor y el espasmo muscular. Por otra parte la tracción está destinada a nivelar la oblicuidad pélvica resultante de la rigidez articular en abducción y rotación interna. El tipo de tracción es asimétrico o desbalanceado, con mayor peso del lado del miembro sano que está en aducción. La cantidad de peso necesaria para cumplir con estos objetivos debe ser de tipo progresivo a medida de tolerancia hasta llegar a un máximo que no sobrepase el 25% del peso corporal. Esta tracción se debe mantener por el tiempo suficiente que nos garantice una ganancia de la movilidad articular pero consideramos que antes de retirarlo ésta debe sobrepasar el 50% para luego permitir descarga de peso y deambulación en paralelas.

El tiempo promedio de la tracción es de unas 8 semanas para la mayoría de los pacientes y la observación nos ha permitido concluir que tracciones prolongadas conducen a una disminución de la ganancia en movilidad y creemos que es la consecuencia de una isquemia con infiltración muscular resultante del sobre estiramiento de los tejidos.

Es de frecuente observación que las rigideces articulares son mayores y más prolongadas después de la acetabuloplastias de Pemberton como consecuencia de ser un procedimiento más laborioso, con mayor movilización de los fragmentos y mayor compresión cefálica. Por estas razones hay tendencia a disminuir el desplazamiento del fragmento distal sin pretender alcanzar un índice acetabular cercano a 0 grados, como lo preconiza el autor. Hemos optado por descender el fragmento distal hasta el punto en que no comprometa la movilidad articular sin pensar en la ganancia de corrección e hipercorrección del cubrimiento cefálico.

Simultáneamente con la tracción se inicia la fisioterapia a base de calor húmedo, sedativo y relajante, que va a facilitar las manipulaciones de movilización articular. Estas deben ser suaves, progresivas, a medida de tolerancia y evitar maniobras bruscas de adducción y rotación externa que podrían luxar las caderas o producir fracturas supracondíleas o subtrócanterea, afortunadamente de relativa poca frecuencia en nuestro medio.

Todo esto nos conduce a la necesidad de establecer un protocolo bien definido para la rehabilitación de las caderas quirúrgicas, el cual debe ser realizado en estrecha colaboración con el personal de Fisioterapia y Rehabilitación.