

IV. MANEJO QUIRURGICO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA EN PACIENTES MAYORES DE 4 AÑOS. (Expectativas de Rehabilitación)

Dr. Carlos Jaramillo L.
Bogotá - Colombia

1. CADERA CONGENITA EN MAYORES DE 4 AÑOS

1. Experiencia en la bibliografía universal

Kliscic utiliza y describe por primera vez en 1963 el manejo de la luxación congénita de caderas inveteradas. Posteriormente aparecen varias publicaciones, siendo las más importantes en 1976 y en 1988 cuando hace una revisión a largo plazo de los resultados del procedimiento por él descrito.

2. Criterios para cirugía en caderas unilaterales y bilaterales

Unilaterales hasta los 14 años

Kliscic fija la edad superior para su operación y establece como límite los catorce años para las caderas unilaterales o antes de que aparezca la pubertad.

Bilaterales hasta los 10 años

Para las caderas bilaterales, que antes se consideraban quirúrgicas hasta los 6 años, prolonga la edad hasta los 10 años y su experiencia así como la nuestra, muestra que los resultados son bastante alentadores. Además, en el peor de los casos, se mejora el terreno para un futuro RPTC.

3. Técnica quirúrgica

Básicamente consiste en practicar una reducción abierta, con resección diafisaria, corrección de la anteversión femoral, acetabuloplastia de Chiari, Salter o Pemberton, dependiendo de cada caso y transferencia de psoas iliaco. Todo esto en un mismo acto quirúrgico, utilizando una o dos incisiones inmovilización en espica de yeso por 6 a 8 semanas.

4. El porqué de la resección femoral

Acortamiento femoral

Al resecar un segmento del fémur; determinado previamente según los Rx y en el momento de la cirugía, nos permite evitar la hipertensión a la reducción; que se produce incluso después de la tracción esquelética, disminuyendo el riesgo de necrosis evascular, que es el gran enemigo del tra-

tamiento de la luxación congénita de la cadera inveterada y el riesgo de reluxación. Al disminuir la hiperpresión a la reducción, facilitamos también la rehabilitación postoperatoria.

Corrección de la anteversión femoral

La anteversión femoral, es una de las mayores causas de reluxación, después de una reducción abierta sin resección diafisaria. El hecho de resecar un segmento femoral y de corregir la anteversión femoral evita, o disminuye los riesgos de reluxación.

2. EXPECTATIVAS EN LA REHABILITACION

1. Glúteo medio y su relación con la cojera

El glúteo medio es una de las causas de que persista la cojera después de un Kliscic, el motivo es que al desrotar y corregir la coxa valga a un punto en el cual la reducción se mantenga, con mucha frecuencia, queda una coxa vara, relativa, o real, que deja temporal o permanentemente una relación articulo-trocantérica negativa, que produce un Trendelenburg positivo, mientras el crecimiento mejora dicha relación.

2. Deformidades post-operatorias iatrogénicas

Cómo enfocar el tratamiento de las deformidades en RE

La deformidad en rotación externa se presenta como una hipercorrección de la anteversión femoral o por inmovilización en dicha posición.

Se puede corregir la deformidad en RE, que es debida a la inmovilización en dicha posición y que debe ir corrigiendo a medida que ceden las retracciones e idealmente debe hacerse antes de iniciar la marcha. Es imposible corregir mediante fisioterapia una deformidad ósea, que se debe corregir, siempre, quirúrgicamente.

Cómo enfocar el tratamiento de la deformidad en ARD

La deformidad en ABD, es muy frecuente, como consecuencia de la inmovilización y produce un

alargamiento aparente de la extremidad operada. Produce una marcha grotesca, si esta se inicia antes de que esta deformidad esté corregida en su totalidad, mientras mayor sea la deformidad, mayor es la incapacidad.

No se debe compensar la discrepancia de longitud, debida a dicho alargamiento aparente, pues tiende a fijar más la deformidad.

Se puede utilizar tracción cutánea desbalanceada, es decir aumentando peso en la extremidad sana, o una vez estabilizada la reducción se puede utilizar la tracción cruzada.

Esta deformidad por lo general no es permanente y aunque se debe hacer todo lo posible por corregirla antes de iniciar la marcha, la deformidad tiende a corregir espontáneamente a través del tiempo, una vez iniciada la misma, aunque suele tomar varios meses, y si hay alguna displasia en la cadera contralateral, la puede empeorar.

3. Acortamiento

Cuando usar realce y cuando de la discrepancia se debe compensar

A diferencia de las patologías neuromusculares como el polio la discrepancia de longitud en el tratamiento de la LCC se debe corregir en su totalidad. El realce se debe iniciar tan pronto como se inicie el apoyo de la extremidad. El acortamiento tiende a disminuir con el crecimiento especialmente en los primeros años postoperatorios. Si el acortamiento es mayor de 2 ó 3 centímetros, no va a corregir espontáneamente y se debe observar cuidadosamente para determinar el momento apropiado para practicar un arresto epifisario contralateral.

4. Uso de las tracciones después de retirado el yeso

Por defensa hay una tendencia a producir una deformidad en flexión, rotación externa y ABD. La tracción tiene como fin principal disminuir el espasmo muscular y ayudar a corregir las deformidades que se presentan.

Inicialmente la tracción cumple el cometido de disminuir el espasmo muscular y secundariamente puede ayudar a corregir las deformidades, en ABD, RE y Flexión, según como esta se aplique.

5. Rehabilitación más prolongada

La cadera congénita inveterada es un reto para el ortopedista y la fisioterapeuta. Es difícil tener que esperar un año e incluso dos para que mejore la cojera. Esto depende, en parte, de la magnitud de la corrección de la coxa valga. Si ésta es menor de 110° , siempre va a presentarse una cojera de glúteo medio, que va a disminuir a medida que pase el tiempo y el individuo crece.

Es posible que la coxa vara, si es menor de 110° , no corrija espontáneamente y que sea necesario practicar una osteotomía o un descenso del trocánter mayor. La rehabilitación también se prolonga por la adaptación de todas las estructuras blandas y óseas a su nueva situación, mientras mayor, en edad, sea el paciente, mayores cambios iniciales y la rehabilitación toma un tiempo más prolongado.

La rehabilitación de un Klisic, es diferente a la de una reducción abierta y Salter o Pemberton, ya que en la primera la edad de la intervención quirúrgica es mayor y la demora en la rehabilitación es también más prolongada.

Si se espera que la movilidad completa después de una reducción abierta y Salter o Pemberton, se gane a los 6 meses o un año, la de un Klisic puede demorar hasta dos años después de la intervención quirúrgica, dependiendo de la edad a la cual se realice la misma.

6. Cuando autorizar la marcha

50% de movilidad activa

El parámetro general es el de autorizar la marcha, cuando la movilidad activa sea mayor o igual a un 50%.

En algunas ocasiones la movilidad, estando el paciente en tracción se detiene antes de llegar al 50% y es sorprendente ver como al autorizar el apoyo ésta va mejorando espontáneamente y es difícil decir, si depende de la colaboración de los padres al realizar el plan casero, o es espontánea, al estar el paciente activo en su medio familiar.

Si después de dos meses de permanecer el paciente en tracción y fisioterapia, no mejora la movilidad activa, pero la flexión pasiva está entre 70° y 90° , se puede dejar al paciente libre y ojalá en su medio ambiente, familiar, con plan casero o terapia ambulatoria.

7. Criterio acerca de las reintervenciones

Cada vez se reintervienen menos pacientes

Por la severa rigidez y la dificultad de rehabilitación. Entre más procedimientos quirúrgicos se realicen,

mayor la rigidez y la dificultad en la rehabilitación; la tendencia actual es la de dejar algunas subluxaciones residuales, ya que el resultado a largo plazo, es mejor que el de las caderas reintervenidas.

V. PROTOCOLO DE REHABILITACION EN EL MANEJO POST-QUIRURGICO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA

F.T. Rosa Meza Carreño
Bogotá - Colombia

La cadera es un elemento articular a quien se le confiere un papel privilegiado en la organización locomotora. Es un elemento determinante de una postura erguida y de una marcha funcional.

Debido a la alta incidencia de pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de cadera que son atendidos en el Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt y a los que se les ha brindado un tratamiento ortopédico y/o quirúrgico, se hace necesario establecer un plan de tratamiento que se adapte a las exigencias del paciente, para lograr la máxima recuperación de cada uno de ellos.

Por medio de la información suministrada por parte del Ortopedista al paciente, pretendemos que por lo menos un 80% de ellos asista al servicio de Fisioterapia para lograr una exitosa recuperación.

Se debe establecer un tratamiento Ortopédico y/o quirúrgico de manera inmediata en los pacientes con esta entidad, para lograr una mayor recuperación no sólo en su aspecto físico y funcional sino también Psico-social. Además de la gran importancia que tiene el establecer un protocolo adecuado de tratamiento fisioterapéutico que incluya una evaluación e instrucción con control periódico por consulta externa.

Objetivos del tratamiento de fisioterapia en el manejo post-quirúrgico de la luxación congénita de cadera

Objetivos mediatos

- Instaurar y/o restablecer la funcionalidad del miembro inferior intervenido quirúrgicamente.

- Restablecer y/o mantener la función del miembro inferior contralateral.
- Brindar al paciente las mejores posibilidades funcionales y estéticas que le permitan alcanzar la máxima independencia posible.
- Favorecer al máximo las condiciones, para un buen desarrollo psicomotor.

Objetivos inmediatos

- Disminuir el dolor o eliminarlo.
- Mantener y/o restablecer los arcos de movimiento.
- Aumentar y/o restablecer la potencia muscular.
- Evitar y corregir deformidades.
- Proporcionar información a los padres del paciente para que estos tengan claros los objetivos que se persiguen con el tratamiento y colaboren al buen desarrollo de éste.

Protocolo de tratamiento fisioterapéutico en el manejo post-quirúrgico de la luxación congénita de cadera

El tratamiento de Fisioterapia se encuentra tendiente a cumplir los objetivos trazados y se desarrollará con la realización de actividades que logren los movimientos deseados y necesarios tales como la Flexión, Abducción y Rotación interna de cadera, fomentar los movimientos de las articulaciones vecinas como rodilla y cuello de pie; mantener más