

CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE LA PLACA «COBRA» EN LA ARTRODESIS DE CADERA

A. VILADOT, J. C. GONZÁLEZ, J. M.^a SALÓ

En el momento en que la prótesis total de cadera parece para algunos ser el único camino en la cirugía de esta articulación, hemos considerado interesante recordar que la artrodesis de cadera sigue teniendo en la actualidad sus implicaciones.

Hasta el año 1971 la técnica habitual del Servicio para el bloqueo de la articulación coxo-femoral, consistía en efectuar una artrodesis intraarticular fijada con un largo clavo de Smith-Petersen que colocado de modo excéntrico introducíamos hasta la pelvis combinado con un injerto extraído del propio trocanter que iba desde éste hasta el ala ilíaca.

Es a partir del mencionado año, al ver la posibilidad de la utilización de la placa cobra como osteosíntesis estable en varios casos que la técnica anterior posiblemente no hubiera solucionado, cuando nos decidimos a utilizar la placa citada según la técnica puesta a punto por SCHNEIDER y GERTCH⁶⁻¹ en 1966, permitiéndonos alguna pequeña modificación que más adelante analizaremos.

En los años 1969 y 1973, otros compañeros de esta Academia ya hicieron el comentario al respecto. Nos referimos a los trabajos de XICOY, FERNÁNDEZ y C. PALAZZI⁸ así como al de VILARET, MADRIGAL, RAMÓN y MARTÍ.⁷ Es por ello que no intentamos en esta comunicación exponer ninguna novedad sino tan sólo hacer constar nuestros resultados con alguna variante en el hacer que se nos ha ido planteando a medida que hemos utilizado esta técnica.

Para nosotros, es importante colocar al paciente en decúbito supino en la mesa ortopédica con tracción la cual es montada de manera que pueda ser fácilmente retirada en el caso de que sea necesaria la luxación de la cadera durante el acto quirúrgico y aflojada convenientemente en el momento de efectuar la compresión de la placa. De esta forma, evitamos errores en la posición óptima de la artrodesis mucho más fáciles de cometer en la posición de decúbito lateral preconizada por MERLE D'AUBIGNE.³

La incisión será lineal abarcando desde un par de centímetros por debajo de la cresta ilíaca hasta el tercio proximal del fémur por vía externa. Los pasos a seguir, conocidos por todos, conducen después de osteotomizar el trocánter y de desperiostizar el ala pélvica, a la obtención de un amplio campo operatorio. Una vez efectuada la apertura de la cápsula articular, con un escoplo realizamos una osteotomía a nivel de la parte superior de la cabeza femoral y del techo acetabular de tal forma que mediante el avivamiento de estas superficies, se crea un túnel en el que colocamos el fragmento de trocánter que actuará a modo de pestillo que evitará la posibilidad de luxación y que nos impedirá la rotación de la cabeza femoral, tal como podemos apreciar en la figura 1.

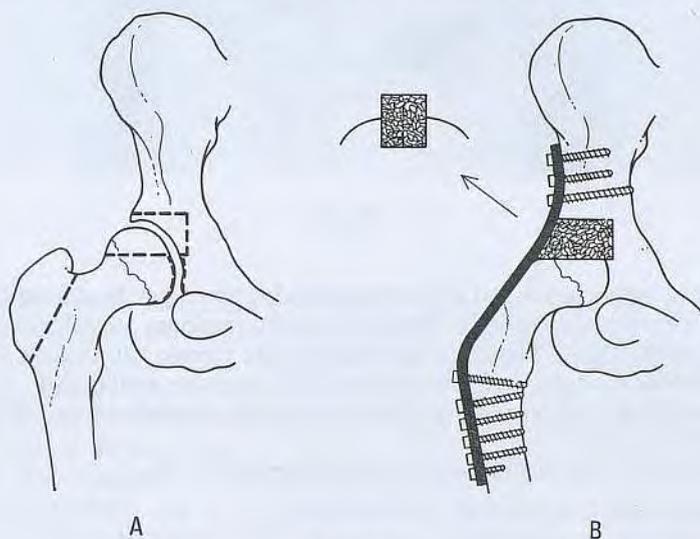


FIG. 1

A continuación, se coloca la placa en posición lo que por regla general y gracias a la osteotomía del trocánter, resulta de fácil realización y adaptado. Posteriormente, se colocan los primeros tornillos a nivel de la pelvis, se efectúa la compresión y se termina el atornillado de la placa.

La posición correcta en el adulto para dejar artrodesada la cadera es de 10° de abducción, rotación neutra y una flexión que variará entre los 10 y 25° según la edad y la lordosis previa del paciente. La adducción o abducción, puede ser modificada a voluntad según nos interese un alargamiento o acortamiento relativo de la extremidad.

En contra de la técnica original, nunca hemos efectuado la osteotomía de la pelvis porque pensamos que las ventajas que reporta no com-



FIG. 2

pensan la mayor gravedad de la intervención, tanto por la afectación del estado general como por las frecuentes complicaciones vasculonerviosas.

CASUÍSTICA. — Hemos recopilado en este trabajo un total de 17 casos, desechando los que tienen menos de 9 meses de antigüedad.

Las edades de nuestros pacientes se hallan comprendidas entre los 15 y los 65 años.

El sexo tiene un predominio masculino de 9 a 8.

Las indicaciones fueron las siguientes:

- Artritis: inespecíficas = 2 casos
 - coxalgia = 4 casos
 - melitansis = 1 caso
 - Secuelas de luxación congénita
 - fijación de cadera incongruente = 1 caso
 - descenso artrodesis = 2 casos
 - Secuelas postraumáticas
 - luxaciones centrales = 2 casos
 - luxación superior = 1 caso
 - fractura de fémur = 1 caso
 - Secuelas de epifisiolisis = 1 caso
 - Secuelas de enfermedad de Perthes = 1 caso
 - Fracaso de antigua artrodesis = 1 caso
- Es necesario hacer la salvedad de que en los casos de descenso de

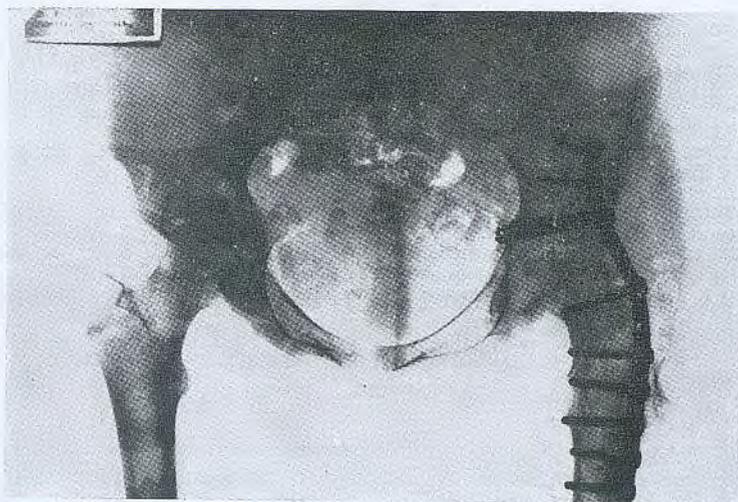


FIG. 3

artrodesis hemos efectuado previamente una sección de aductores seguida de una tracción continua en cama por medio de un clavo transóseo.

En el postoperatorio, mantenemos al paciente en cama durante un mes sin ningún tipo de vendaje escayolado. En el segundo mes, permitimos la deambulación sin carga con la ayuda de unos bastones ingleses. Durante el tercer mes, el paciente inicia progresivamente el apoyo que acaba realizando de modo definitivo pasados los tres meses en los que consideramos que se ha obtenido una consolidación suficiente aunque en algunas ocasiones dicha consolidación no resulte demasiado evidente en las radiografías.

Los promedios de consolidación de nuestros casos son de tres meses en 13 de ellos, 2 de cuatro meses, uno que precisó medio año y un caso de pseudartrosis.

En el capítulo de las complicaciones hay que reseñar un caso de infección que pudo ser solucionado sin necesidad de extraer el material de osteosíntesis, un caso de intolerancia del material aparecido a los dos años de efectuada la intervención y que obligó a la retirada de la placa y un caso de pseudartrosis.

*Servicio de Cirugía de Aparato Locomotor.
Hospital San Juan de Dios (Manresa) y San Rafael, Barcelona.
Dr. A.VILADOT*

BIBLIOGRAFIA

1. GERTSCH, R.: Die arthrodesis des Hüftgelenks und beckenostotomie *Helv. chir. Acta*, 33, 216-221, 1966.
2. LIECHTI, R.: L'arthrodèse de la hanche et son devenir, Edit., Berlín, 1975.
3. MERLE D'AUBIGNE, R., RAMADIER, J.: L'arthrodèse de la hanche. *Rev. Chir. Ort.* n.º 50-6, 789-812, 1964.
4. MULLER, M., ALLGOWER, WILLENEGGER: Manual de osteosíntesis, Edit. Científico-médica, Barcelona, 1972.
5. MULLER, M.: Hip Surgery. *A. O. Bulletin sept.*, 1967.
6. SCHNEIDER, R.: Technik der Hüftarthrodesis mit Beckenosteotomie und Kreuzplatte. *Langenbecks Arch. klin. chir.*, 316, 233-238, 1966.
7. VILARET, F., RAMÓN, R., MADRIGAL, J., MARTÍ, J.: Arthrodesis de cadera mediante la placa cobra. Revisión de 16 casos, *Barcelona quirúrgica*, n.º 4, vol. 17, 1973.
8. XICOY, J.: Arthrodesis de cadera con placa a compresión tipo AO., *Barcelona quirúrgica*, 13, 335-340, 1969.