

Sesión del día 10 de mayo de 1969

ARTRODESIS DE CADERA CON PLACA DE COMPRESIÓN TIPO AO

J. XICOY FORGAS, F. FERNÁNDEZ PALAZZI, C. PALAZZI COLL

Las técnicas de artrodesis de cadera son múltiples y variadas, todas ellas tendiendo a lograr una consolidación ósea lo más rápido posible y con los menores riesgos de fracaso.

Es bien sabido que la buena oposición de los extremos óseos y una correcta inmovilización de los fragmentos son factores esenciales para conseguir una rápida consolidación. Además, la compresión a nivel de los extremos óseos al lograr mayor solidez y estimular la osteogénesis, hace que aún se reduzca más el tiempo de osificación.

Debido a la especial biomecánica y anatomía de la cadera, el conseguir una completa inmovilización de esta articulación es más difícil que en otras localizaciones. Ello es la razón de la gran variedad de técnicas descritas para lograr la artrodesis de esta articulación (artrodesis intraarticulares, extraarticulares, ambas combinadas). Hay varias técnicas de artrodesis que aplican el principio de la compresión (CHARNLEY, ALVIK, MULLER, etc.).

En junio de 1965 escuchamos en Barcelona al profesor MULLER exponer su método de osteosíntesis por compresión y desde entonces hemos utilizado una técnica de artrodesis de cadera con placas de compresión tipo AO que ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo, pero cuyo fin es el de obtener peroperatoriamente una buena solidez de la artrodesis disminuyendo así la inmovilización externa.

Hemos intervenido 21 casos con esta técnica.

TÉCNICA.— Hemos modificado la técnica del profesor MULLER suprimiendo la osteotomía del ilíaco que él hace para dar un mayor apoyo al fémur. No la consideramos imprescindible y con ello disminuimos el shock operatorio.

Incisión de Watson-Jones prolongada proximalmente siguiendo el borde de la cresta ilíaca. Desinserción de los glúteos mayor y medio de la parte anterior del ilíaco (figs. 1 y 2). Esta desinserción se continúa hasta el punto medio del ala ilíaca. Distalmente se prolonga la desinserción de la masa muscular hasta llegar a la articulación coxofemoral la cual se

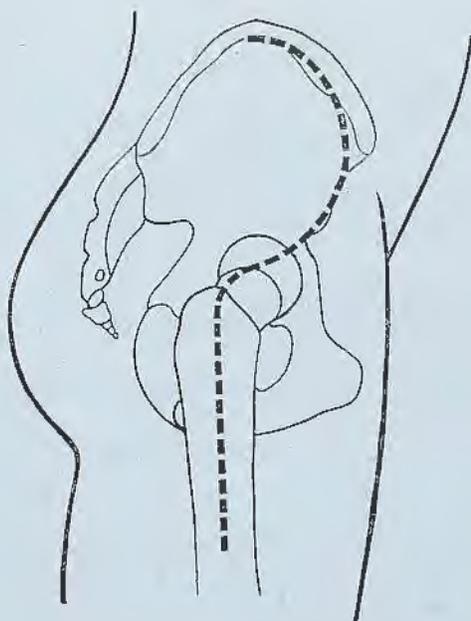


FIG. 1. — Incisión ileofemoral lateral.

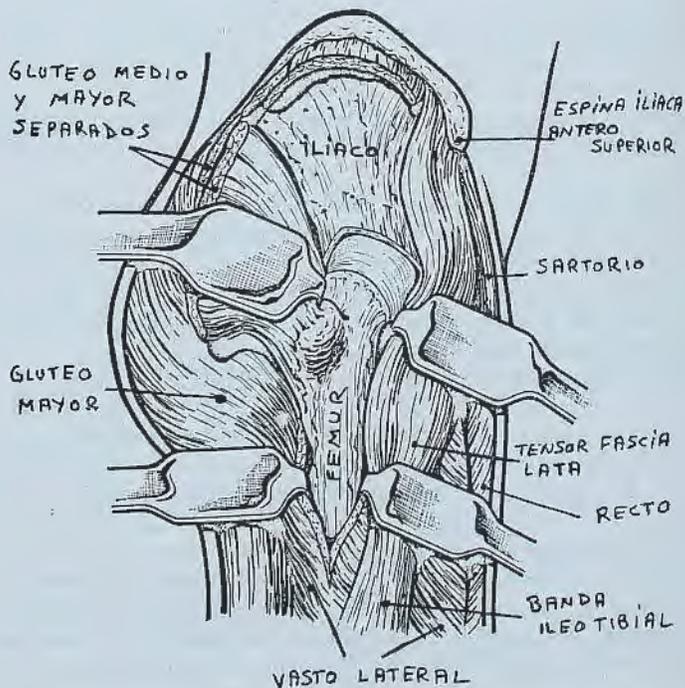


FIG. 2. — Abordaje de la cara lateral del hueso iliaco, articulación de la cadera y diáfisis femoral.

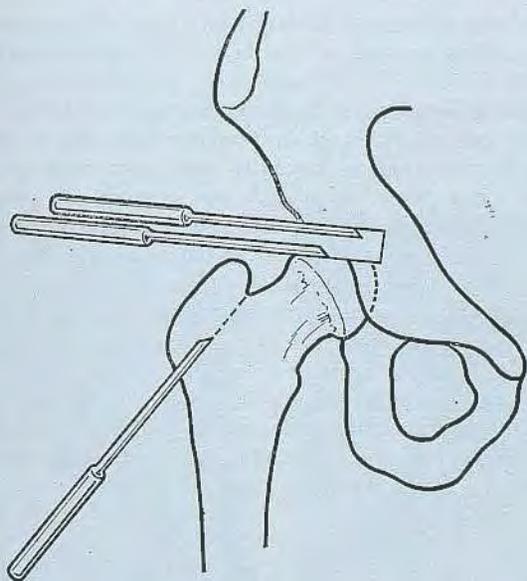


FIG. 3.—Osteotomías a nivel del acetábulo y cabeza femoral y resección del trocánter mayor.

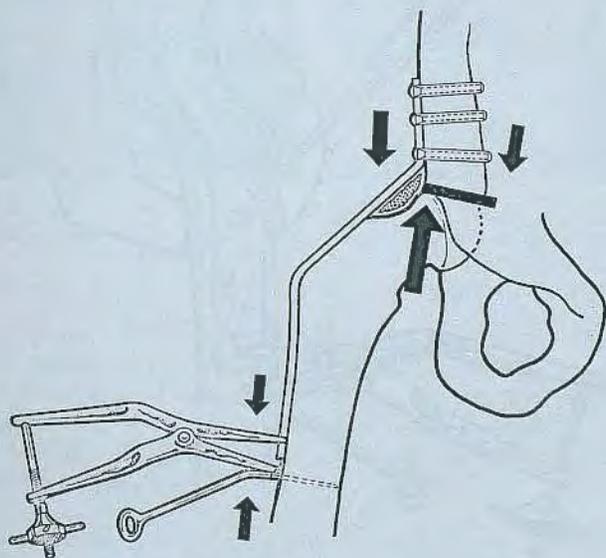


FIG. 4.—Mecanismo de acción de la compresión sobre la superficie de contacto del fémur y del acetábulo.

aborda entre el glúteo menor y la fascia lata y se practica una amplia capsulotomía. La diáfisis femoral se aborda entre el glúteo medio y el vasto externo.

Con escoplo se secciona el trocánter mayor que ya no va a ser de utilidad con lo que se facilitará la posterior luxación de la cabeza del fémur (fig. 3). Conservamos el trocánter que luego usaremos como injerto óseo. Llegados a este punto, se procede con el escoplo a igualar las superficies del cotilo y la cabeza; si es posible, se luxa ésta para tener un mayor control de la resección. Una vez que ambas superficies han sido horizontalizadas, y habiéndonos cerciorado de haber llegado hasta hueso esponjoso sano, reducimos la luxación asegurándonos la existencia de un buen contacto entre ambas superficies. Colocamos a continuación la placa tras haber llenado los espacios vacíos con injertos óseos; solidarizamos primero la porción proximal de la placa al iliaco, después se procede a la compresión (fig. 4) y, lograda ésta, colocamos los tornillos distales (fig. 5).

En un principio habíamos utilizado una placa larga típica de Muller que doblábamos en forma de hélice para así atornillarla en la cara externa

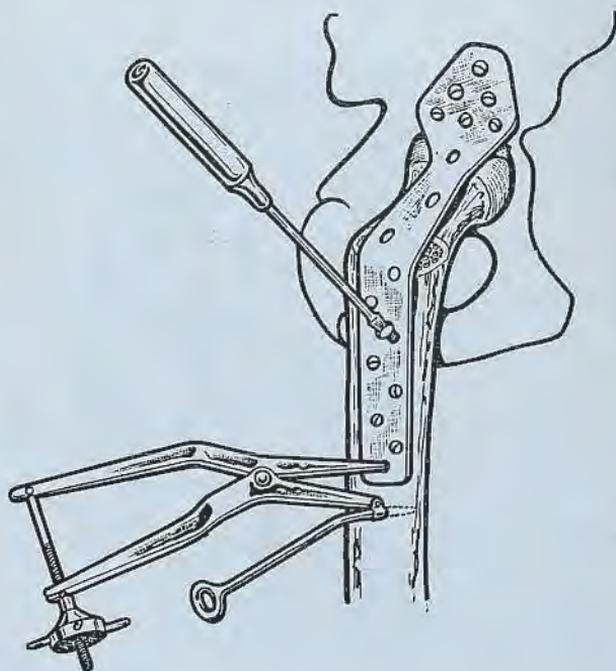


Fig. 5. — La Cobra una vez colocada en posición es atornillada al fémur mientras aún actúa la compresión.

y lateral del ilíaco y en la cara anterior de la diáfisis femoral después de cruzar la articulación (figs. 6 y 7).

Actualmente, colocamos la placa tipo "Cobra" que se puede moldear si es necesario con un aparato al efecto (fig. 8), la placa contacta con la cara externa del ilíaco y de la diáfisis (figs. 9 y 10), de manera que el miem-



FIG. 6.—C. R. S., 39 años, mujer, artrosis de cadera izquierda. Radiografía peroperatoria antes de la compresión.



FIG. 7.—Caso anterior. Radiografía 3 meses y medio después de la operación donde se observa unión ósea.

bro inferior quede a 90° con respecto a la línea bisilíaca (fig. 11). En otros casos hemos colocado la típica placa de Muller siguiendo el mismo sistema.

Se coloca luego un drenaje de aspiración continua tipo redón y se sutura por planos. En el postoperatorio inmediato colocamos en 9 casos un vendaje enyesado (pelvipédico) y en los restantes 12 casos sólo un vendaje compresivo tipo espica.

POSTOPERATORIO.— El paciente guarda cama un mes, al cabo del cual y tras control radiográfico se le permite la deambulacion sin cargar la extremidad y con bastones ingleses. Paulatinamente se le va permitiendo aumen-

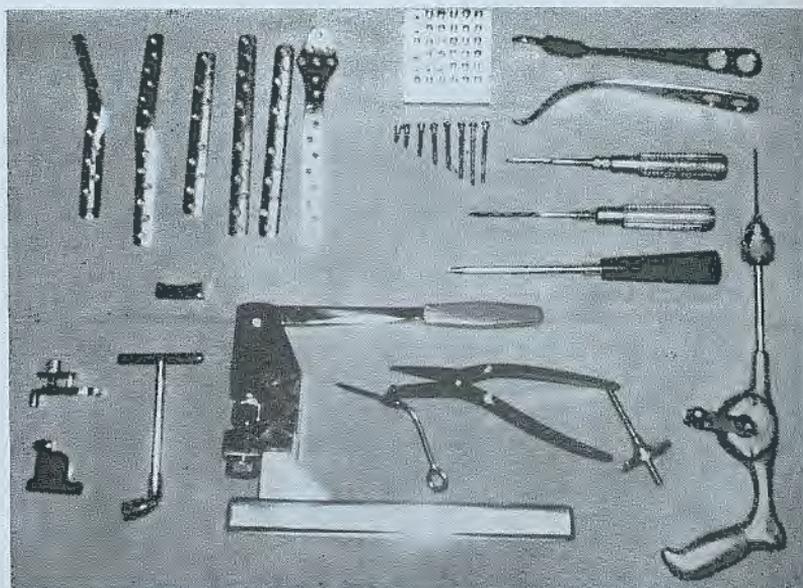


FIG. 8. — Instrumental usado para la operación (izquierda a derecha en sentido del reloj): Placa AO en hélice, placa AO torcida para adaptarse a las superficies óseas, distintas longitudes de placas AO, placa cobra, tornillos, separadores de Hohmann-Muller para cadera, broca, taraud, atornillador, portabrocas, aparato de compresión, máquina dobla placas, juego de compresión de Muller.

tar el apoyo relativo hasta que a los 3-4 meses (depende del aspecto radiográfico) se le autoriza a apoyar completamente.

De los 12 casos en que no colocamos yeso postoperatorio, en 5 se le colocó un calzón de yeso antes de abandonar el hospital y lo llevaron de 1 a 3 meses. En los pacientes a los que se les colocó pelvipédico postoperatorio, éste se les redujo a calzón al ser dados de alta, excepto en un caso al que se le quitó el yeso antes de abandonar el hospital.

RESULTADOS. — Fueron operadas 21 caderas, 7 del lado derecho y 14 del izquierdo. 13 pacientes eran mujeres y 8 hombres.

Las causas de las operaciones fueron:

Coxartria	8 casos	Subluxación postartritis	1 caso
Tuberculosis	7 casos	Pelvis de Otto coxárrica	1 caso
Poliomielitis	2 casos	Artritis reumatoide	1 caso
Necrosis aséptica de la cabeza femoral	1 caso		

Consolidación: Los 21 casos consolidaron. Entre los 3 y 4 meses consolidaron 20 y el otro caso, la subluxación postartritis, tardó 7 meses en hacerlo y los 2 últimos meses hubo de llevar calzón de yeso debido a los dolores que aquejaba.

Complicaciones: Hematoma evacuado espontáneamente, 9 casos. Dehiscencia de la herida, 3 casos. Fístulas que tardaron en cerrar, 4 casos. Intolerancia de la herida, 3 casos.

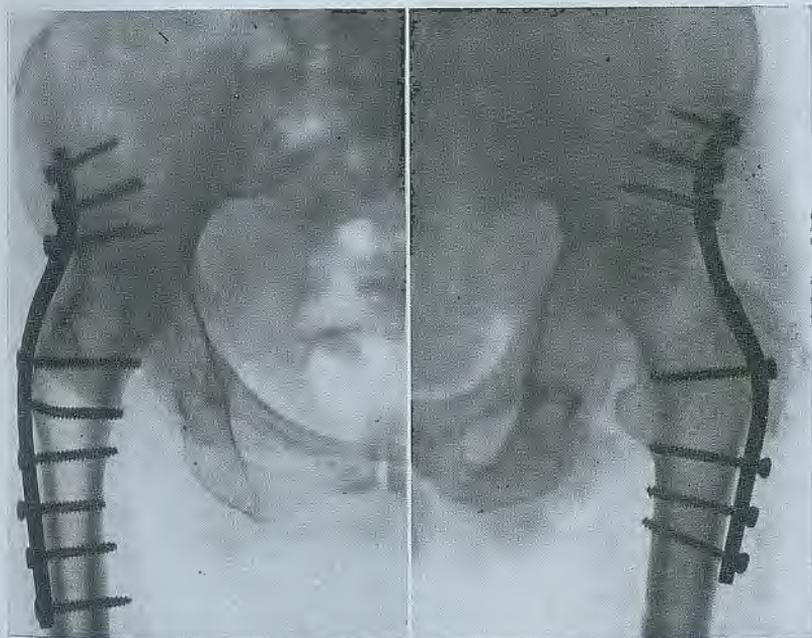


FIG. 9. — J. V. G. 53 años, mujer, artrosis de cadera derecha. Radiografía a los 7 meses de la operación. Obsérvese que las trabéculas óseas cruzan del fémur al iliaco sin solución de continuidad.

FIG. 10. — J. R. L. 64 años, hombre, tuberculosis de cadera izquierda. Radiografía a los dos meses de la operación. Unión ósea.

rancia, 3 casos; extraídas a los 5, 7 y 24 meses, comprobándose la solidez de la artrodesis. Todos ellos presentaron hematoma que dio lugar a fistula rebelde. Al practicar la fistulografía se vio el contraste rodeando la placa (fig. 12). Cicatriz dolorosa, 2 casos, que cedieron con iontoforesis yódica. Acortamiento, en todos los casos, variando de 1,5 a 5 cm. En dos casos existía un acortamiento previo de 3 cm y de 2 cm. Por término medio el acortamiento fue de 2,5 cm.

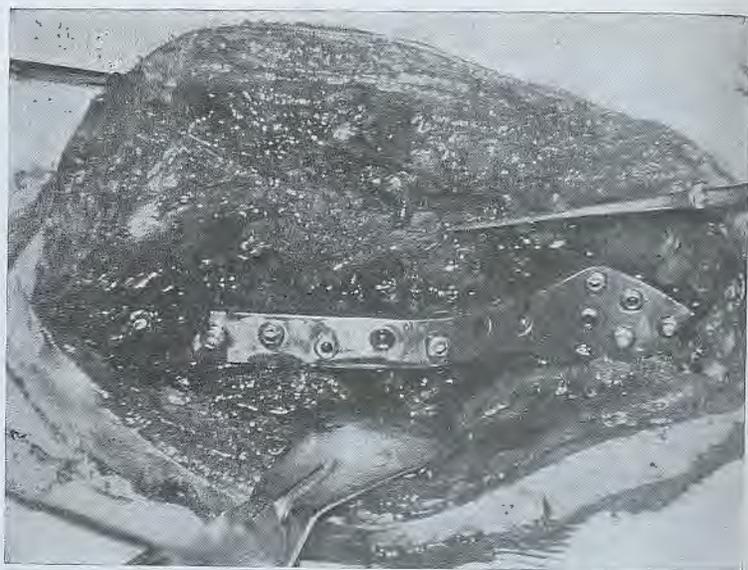


FIG. 11.— Fotografía operatoria mostrando la cobra en posición una vez terminada la operación.



FIG. 12.— Fistulografía opaca donde se ve el contraste rodeando a la placa intolerada.

CONCLUSIONES. — Esta operación es de una técnica relativamente sencilla comparada con otras artrodesis de cadera. Sus resultados son buenos. Los cuidados postoperatorios son mínimos al no llevar yeso, ya que en los últimos casos hemos prescindido de él. Al ser dado de alta del hospital, si radiológicamente lo consideramos necesario, se colocará un calzón escayolado que dé suficiente inmovilización a pesar de dejar libre la rodilla y el tobillo. El enfermo empieza al mes de deambulacion con apoyo relativo. Este período se puede acortar si las condiciones generales del enfermo así lo requieren. Todo ello hace que sea ideal en personas de edad en quienes es perjudicial permanecer mucho tiempo en cama.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVIK, I.: Arthrodesis of the hip. A method allowing weightbearing and walking postoperatively. *Acta Orthop. Scand.*, 32, 451-456, 1962.
- CHARNLEY, J.: Stabilization of the hip by central dislocation. *J. Bone and Joint Surg.*, 37 B, 514-515, 1955.
- MULLER, M.: Osteosíntesis con el sistema de compresión tipo AO. VIII ciclo de sesiones ortopédicas del Hospital del Sagrado Corazón. Servicio de cirugía ortopédica (doctor A. S. PALAZZI), Barcelona 1965.

Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital del Sagrado Corazón. (Jefe: A. S. PALAZZI.)
