

La osteotomía de la pelvis para techo acetabular

Por los Dres.:

GUSTAVO E. BESTARD, L. F. LLOPÍZ, M. GONZÁLEZ CEPERO,

MAULIO HERNÁNDEZ, S. DÍAZ, CECILIO HERNÁNDEZ Y UBALDO RDEZ.

Según la experiencia acumulada en la literatura, los métodos convencionales para hacer un techo acetabular, tienen una serie de desventajas técnicas fundamentales que frecuentemente hacen fracasar el éxito de esta operación.

Las técnicas clásicas para la obtención de un techo acetabular se hacían tomando un injerto óseo del coxal. El mayor peligro era la implantación imperfecta del injerto utilizado como techo. Este con mucha frecuencia se atrofiaba o fragmentaba, resultando una limitación de la movilidad articular o rigidez y dolor. Además tampoco era posible eliminar el desplazamiento lateral de la cabeza femoral en las subluxaciones.

El Dr. Karl Chiari de Viena,¹ ha ideado una osteotomía de la pelvis, obteniendo un magnífico techo acetabular, sin necesidad de injerto óseo. También consigue eliminar el desplazamiento patológico lateral de la cabeza femoral que siempre está presente, y que al aumentar el brazo de palanca de los músculos pélvicos trocántéricos, disminuye su eficacia. El autor obtiene todo esto realizando una osteotomía a nivel del istmo de la pelvis, extra-articular e

inmediatamente por encima de la inserción de la cápsula articular, haciendo un desplazamiento interno de la articulación, aprovechando para esto el movimiento de la sínfisis pubiana. La superficie del plano de la osteotomía que se desliza encima de la cabeza femoral es la que viene a constituir el techo articular neoformado. La primera operación la realizó el Dr. Chiari en el año 1950 y desde entonces tiene realizado unos 163 techos, con resultados muy alentadores.

Técnica operatoria. Aunque el autor señala que simplemente abordando la articulación por una vía de acceso lateral se consigue realizar la intervención, nosotros recomendamos una incisión oblicua de concavidad inferior que partiendo del trocánter mayor se dirige hasta la espina ilíaca anterior y superior, siguiendo la proyección cutánea del intersticio entre el tensor de la fascia lata y el músculo glúteo medio. Al llegar a la cresta del coxal, la incisión sigue hacia atrás por el borde de la cresta unas 3 pulgadas. Después de localizado el intersticio del tensor de la fascia lata con el glúteo medio, éste junto con el glúteo menor es desplazado dorsalmente al ser levantado subperióticamente de la fosa ilíaca externa. Queda así expuesta la cápsula articular, debe buscarse la inserción su-

(*) Trabajo leído en el IX Congreso Internacional de Ortopedia y Traumatología celebrado en Viena del 1 al 7 de septiembre de 1963.

perior de la misma, que está inmediatamente encima del acetábulo. En caso de existir una luxación se abre la cápsula articular para la reducción y después de cerrada se continúa con la osteotomía. Debido a la importancia de localizar bien el sitio de la osteotomía, recomendamos previamente colocar un reparo metálico y hacer un chequeo ra-

que a veces éste puede lucir ligeramente más alto, se debe a que la cápsula articular es más gruesa que el grosor del cartilago articular del techo acetabular original. Esto da una sensación de escalón al examen radiográfico, que no tiene importancia y poco tiempo después desaparece. Debemos señalar que si el nivel de la osteotomía es un poco

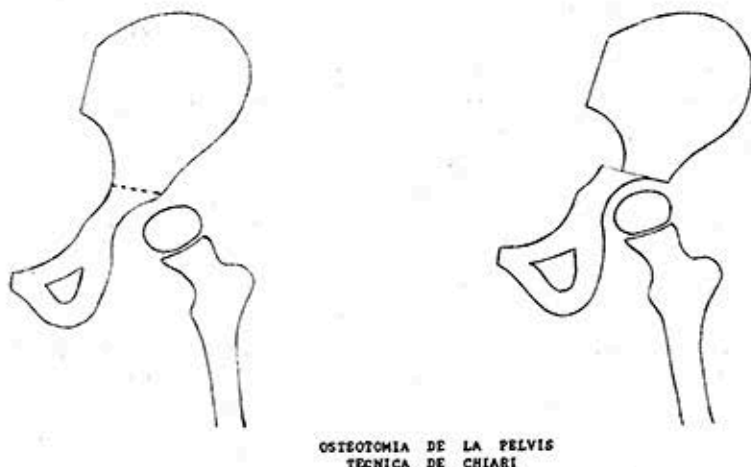


FIG. 1. Esquema de la técnica operatoria.

diográfico. El plano de la osteotomía debe ser ligeramente oblicuo hacia arriba y adentro para así garantizar un buen desplazamiento interno de la línea de la osteotomía (fig. 1). Utilizando un osteótomo ancho o la sierra oscilante, practicamos la osteotomía. Buscando con el dedo la escotadura ciática, el cirujano puede comprobar que la osteotomía atravesó todo el istmo del coxal y entonces se puede proceder al desplazamiento interno de la articulación, llevando la pierna en abducción máxima y haciendo presión hacia adentro. De esta forma el techo debe quedar formado al nivel del techo original, y aun-

alto, esto no es ventajoso y puede dar resultados desfavorables. Después de la intervención la cápsula articular se adhiere a la superficie cruenta del nuevo techo y por la presión de la cabeza femoral se transforma en fibrocartilago. De esta manera se aumenta la superficie de transmisión de la carga de peso del acetábulo a la cabeza, resultando más perfecta con esta técnica, que la obtenida con los métodos convencionales de techo acetabular.

Como inmovilización postoperatoria se recomienda mantener el miembro en abducción, mediante espica doble de yeso durante 4 semanas. Después de

unos días se permite la carga de peso, indicando además ejercicios activos para devolver la fuerza muscular.

Las indicaciones operatorias, recomendadas por el Dr. Chiari, las divide en 4 grupos:

- 1.—Casos de techo acetabular insuficientes después del tratamiento conservador de Lorenz en luxaciones de cadera.
- 2.—Subluxaciones, cuando comienzan a dar síntomas. Habiendo elevado el límite superior de edad hasta los 45 años con buenos resultados, deteniendo el curso de la artrosis, ya que al obtener un aumento de la superficie de transmisión de la carga de peso del acetábulo, a la cabeza, se obtiene el mismo principio que Pouwel ha demostrado con sus osteotomías varisantes y valgisantes.
- 3.—Casos de luxaciones, tratados después de los 4 años y con un límite superior de edad de 10 a 12 años, en donde el tratamiento conservador ofrece pocas posibilidades de construcción de un buen techo. En

esos casos la operación se ejecutó inmediatamente después de la reducción cerrada.

- 4.—En luxaciones debidas a parálisis, tiene reportadas una por poliomyelitis y otra por meningocele.

Este método sólo tiene una objeción, y es que suele disminuir el diámetro transversal de la pelvis, sobre todo en los casos de operación bilateral. Cuando se hace en un solo lado por lo general no suele haber dificultad en el parto, pero sí puede ser necesaria la cesárea para los casos bilaterales. Refiere el Dr. Chiari que los padres de los casos de niñas operadas, demandan que se le hiciera la operación en la otra cadera, debido al éxito obtenido en el lado operado. A este respecto la Sociedad Austriaca de Obstetricia ha declarado que en vista de la gran mejoría de la capacidad para la marcha obtenida por esta operación, este proceder puede ser aceptado desde el momento que no constituye un peligro vital para la madre y el niño.

En un total de ciento un casos ope-



FIG. 2. A. H. T. Subluxación ambas caderas.

rados, los cuales fueron bien chequeados, el autor reporta 70 con resultados excelentes, 24 menos perfectos y 7 casos de fracasos.

Los casos de fracasos fueron al comienzo de realizar la técnica y se debieron a errores que no pudieron ser evitados. Cuatro de ellos presentaron

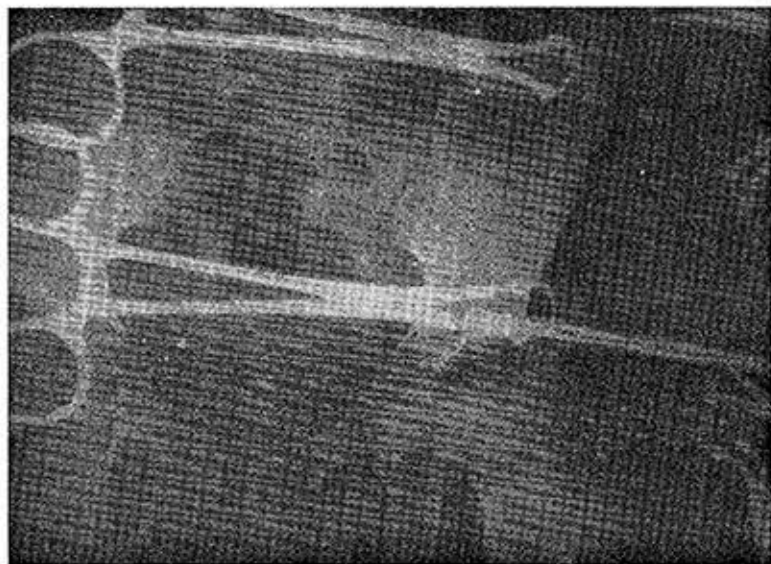


FIG. 3. A. H. T. Reparación metálica durante acto operatorio.

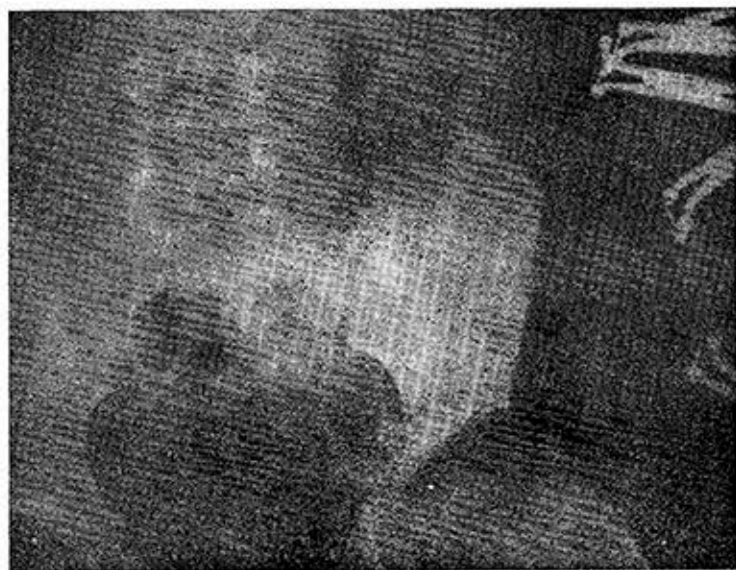


FIG. 4. A. H. T. Osteotomía cadera izquierda. Vista en acto operatorio.



FIG. 5. A. H. T. Osteotomía cadera izquierda al mes de la operación.



FIG. 6. A. H. T. Osteotomía realizada en la otra cadera. Observar estrechamiento diámetro transversal de la pelvis.

rigidez articular debido a que fue lesionada la inserción inferior de la cápsula articular y no quedó interpuesta en el nuevo techo. Un caso presentó miositis osificante del glúteo menor. Dos casos presentaron parálisis del ciático

poplíteo externo por una compresión del enyesado y el otro por la formación de un gran hematoma. Los de resultados imperfectos se debieron a que el plano de la osteotomía no fué bien dirigido.

CASOS CLINICOS

1.—A. H. T. Hoja No. 61904. Siete años de edad, blanca. Subluxación bilateral residual de una luxación congénita tratada conservadoramente por el método de Lorenz bajo anestesia gene-

ral, a la edad de 2 años. Cuando caminaba mucho, refería ligero dolor en las caderas, más en el lado izquierdo. Marzo 20, 1964, se opera la cadera izquierda. Mayo 8, 1964, se opera la cadera derecha (figs. 2, 3, 4, 5 y 6).

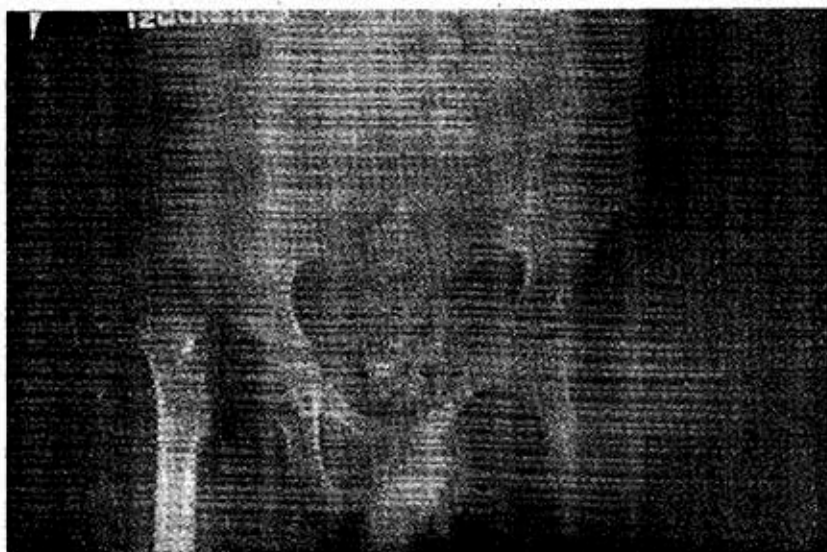


Fig. 7. V. L. A. Luxación cadera izquierda. Focomelia cadera derecha.



Fig. 8. V. L. A. Osteotomía cadera izquierda.



FIG. 9. M. G. C. Luxación paralítica cadera izquierda por meningocele.

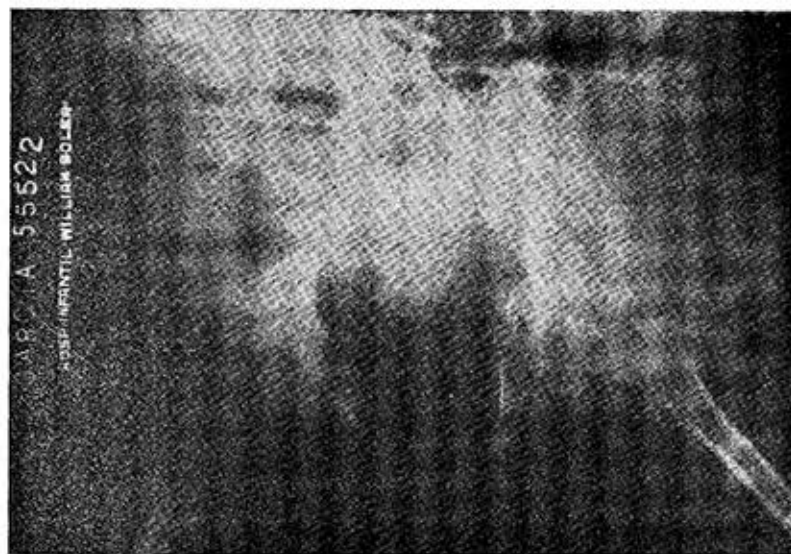


FIG. 10. M. G. C. Reducción cruenta de la luxación y osteotomía de la pelvis.

2.—V. L. A. Hoja No. 80926. Seis años de edad. Raza blanca. Focomelia derecha y luxación congénita cadera izquierda. Hace tres años fue tratada por el método de Lorenz, haciendo reducción bajo anestesia cadera izquierda. Visto tres años después había reprodu-

cido la luxación. Mayo 15 de 1964 se opera, reducción abierta de la luxación y osteotomía de Chiari (figs. 7 y 8).

3.—M. G. C. Hoja No. 55,522. Siete años. Blanca. Fue operada de meningocele a los 9 días de nacida. Presenta



FIG. 11. M. G. C. Reproducción de la luxación paralítica ambas caderas.

luxación ambas caderas y ambos pies varo equino. Incontinencia de orina y heces fecales. Gran hipotonía músculos de las caderas. Dos años antes se reducen por el método de Lorenz las caderas luxadas y reproduce la luxación en la cadera izquierda. Marzo 13, 1964,

reducción abierta y osteotomía de Chiari cadera izquierda. Inmovilización postoperatoria 6 semanas. Mayo 25, 1964, al ser chequeada se comprueba que ha reproducido la luxación ahora en ambas caderas (figs. 9, 10 y 11).

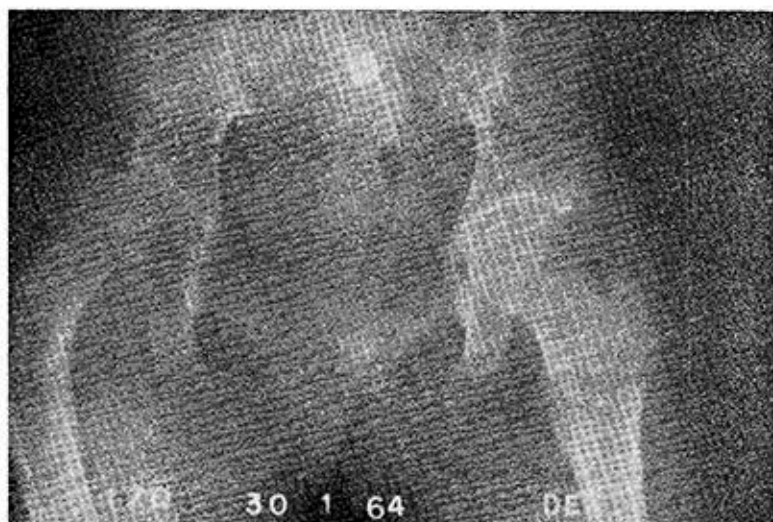


FIG. 12. R. M. F. Subluxación paralítica cadera izquierda.



FIG. 13. R. M. F. Osteotomía de la pelvis cadera izquierda durante acto operatorio.

4.—R. M. F. Hoja No. 76169. Once años. Raza negra. Subluxación cadera izquierda y paraparesia flácida por malformación vertebral lumbar congénita. Presenta a la marcha inestabilidad cadera izquierda.

Incontinencia de orina. Mayo 13, 1964, se hace osteotomía de Chiari cadera izquierda (figs. 12 y 13).

CONCLUSIONES

- 1.—Se presenta una técnica operatoria nueva para la formación de un techo acetabular, simplemente realizando una osteotomía del istmo de la pelvis, sin necesidad de injerto óseo, obteniéndose un magnífico techo y además se corrige el desplazamiento lateral de la cabeza femoral, presente en las subluxaciones.
- 2.—Señalamos las indicaciones para la operación recomendadas por el au-

tor, el Dr. Chiari, que tiene 163 casos operados. Así como las causas de sus fracasos.

- 3.—Presentamos 4 casos clínicos, en donde hemos realizado 5 operaciones de techo. En todos los casos fue posible la obtención de un buen techo. Un caso clínico reprodujo la luxación precozmente, por tratarse de una paciente que a consecuencia de un meningocele, tenía gran déficit muscular de las caderas.

CONCLUSIONS

- 1.—A new surgical technique for the formation of an acetabular roof is presented. This is done by simply performing an osteotomy of the pelvic isthmus; a bone graft being unnecessary. An excellent roof is thus obtained, and in addition, the lateral displacement of the head of the femur, present in cases of subluxations, is corrected.
- 2.—Indications with respect to this surgical procedure, as recommended by Dr. Chiari, the author, who has performed this type of operation on 163 patients, are described. The causes of failures met by him are also pointed out.
- 3.—The cases of four clinical patients who underwent five operations of the roof are presented. In all cases it was possible to obtain an excellent roof. In one of the clinical cases early relaxation occurred due to a pronounced muscular deficiency of the hips caused by the presence of a meningocele in this patient.

CONCLUSIONS

- 1.—On y présente une technique opératoire nouvelle pour la formation d'un toit acétabulaire, en réalisant

simplement une ostéotomie du isthme de la pelvis, sans qu'il faille une greffe osseuse, et obtenant un toit d'une très bonne condition et d'ailleurs la correction du déplacement latéral de la tête fémorale présent dans les subluxations.

2.—L'auteur donne les indications pour cette opération, d'après le chirurgien qui a été chargé de 163 opérations de ce type, le Dr. Chiari, et

aussi les causes des échecs que celui-ci a eu.

3.—L'auteur présent 4 cas cliniques chez lesquelles il a réalisé 5 opérations du toit. Chez tous les cas il a été possible d'obtenir un bon toit. Chez un cas clinique la luxation s'est reproduite précocement pour avoir la patiente de qui il s'agissait un grand défaut musculaire aux hanches à cause d'un meningo-cèle.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Chiari, Karl.*: Osteotomía de la pelvis para formar techos acetabular por el Dr. Karl Chiari, Austria, Viena.