

Análisis estadístico de la patología quirúrgica coxofemoral en el Instituto Nacional de Rehabilitación

Dr. Raúl Granados Rentería,* Dra. Ma. del Pilar Díez García,** Dr. Roberto Coronado Zarco,*
Dr. Daniel Chávez Arias***

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de la enfermedad coxofemoral atendida en el Instituto Nacional de Rehabilitación en un periodo de un año. **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, en el periodo comprendido de octubre de 2002 a octubre de 2003. Se estudiaron las variables y su presentación. **Resultados:** Se capturan 303 pacientes en el Instituto Nacional de Rehabilitación con enfermedad coxofemoral de 1,107 de todos los problemas de coxalgia. Cincuenta y nueve masculinos (29%) y 243 femeninos (71%), promedio lesión de acetábulo 235 (78%), cabeza femoral 49 (16%) y cuello femoral 18 (6%): 195 coxartrosis: GIII: 99, GIV: 77 y GV: 19: 132 con marcha sin uso de ortesis, 138 con ortesis y en silla de ruedas 33. Ciento ocho pacientes operados: Prótesis de cadera 62%, clavos y placas 27%, osteotomías 7%, exéresis de cabeza femoral 4%. **Conclusión:** El problema coxofemoral es muy importante en nuestra población ya que afecta a pacientes jóvenes, económicamente activos y el costo de la atención integral es alto, por el grado de discapacidad, convirtiéndose en un problema de salud pública. Complicaciones de las cirugías fueron: 36 pacientes. Doce con aflojamiento de la prótesis, 7 infección, 11 con lesión de nervio ciático y 6 ruptura de material o prótesis.

Palabras clave: Coxartrosis, congénito, displasia.

ABSTRACT

Objective: Describing the frequency of the coxo-femoral illness attended in the National Institute of Rehabilitation in a period of a year. **Methods:** I am carried out a descriptive, longitudinal, prospective study and observational, in the period understood of October from the 2002 to October of the 2003. The variables they were studied and their presentation. **Results:** 303 patients in the National Institute of Rehabilitation with illness are captured coxofemoral of 1,107 of all the problems of coxalgia. Fifty nine males (29%) and 243 females (71%), average wound of acetabulum 235 (78%), femoral head 49 (16%) and femoral neck 18 (6%): 195 coxarthrosis: GIII: 99, GIV: 77, and GV: 19: 132 with march without use of ortesis, 138 with ortesis and in chair of wheels 33. One hundred and eight patients operated: Prosthesis of hip 62%, nails and plates 27%, osteotomies 7%, exeresis of femoral head 4%. **Conclusion:** The problem coxofemoral is very important in our population since affects economically active, young patients and the cost of the integral attention is high, by the degree of disability, being becoming a problem of health publishes. Complications of the surgeries were: 36 patients. Twelve with slackening of the prosthesis, 7 infection, 11 with wound of sciatic nervus and 6 break of material or prosthesis.

Key words: Coxarthrosis, congenital, dysplasia.

INTRODUCCIÓN

La patología coxofemoral actualmente cursa con una elevada incidencia, conviene analizar en detalle la enfermedad que puede dar diferentes formas clínicas que varían según su sintomatología, evolución y pronóstico. En el 40% de los casos, la coxartrosis es bilateral, la misma forma clínica en ambos lados separada en meses y años. En algunos estudios etiológicos, la enfermedad se reparte en 40% de coxartrosis primitivas y 60% de coxartrosis secundarias, de las cuales 40% son displasias, subluxaciones o luxaciones congénitas, 4% displasias de crecimiento adquiridas y 35 de origen traumático.^{1,2}

* Médico adscrito, Rehabilitación Osteoarticular, Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) SS.

** Jefe de Servicio, Rehabilitación Osteoarticular, INR, SS.

*** Jefe de División, Rehabilitación Ortopédica, INR, SS.

Las fracturas del tercio proximal del fémur, acetabular y cabeza femoral en el anciano son un problema de salud a nivel mundial debido al alto costo de su tratamiento, la longevidad es un factor que predispone para osteoporosis, la cual culmina en fracturas.³⁻⁶

En la estadística de los Estados Unidos de Norteamérica una de cada mil mujeres mayores de 70 años sufre fractura de la cadera, significando que se producen más de 275,000 fracturas. Al año en nuestro país existen 3 mil personas mayores de 65 años, por lo que se producen 20,000 fracturas de cadera al año.⁷⁻⁹ El Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo señala que el incremento de la esperanza de vida en la actualidad alcanza los 72 años de la mujer y 68 para el hombre, aunado a mejores condiciones de vida e identificó como causas más frecuentes de invalidez la enfermedad articular, trauma y ceguera.¹⁰ El Dr. Carlos Molina y cols. realizaron un estudio epidemiológico en el HG de México en 7 años, observando: gonartrosis: 361, coxartrosis: 219.¹¹

El Hospital Español de México realiza un estudio de fracturas de cadera en el anciano, donde se obtuvieron 33 pacientes mayores de 80 años, 28 mujeres y 5 hombres que oscilaban entre los 80 y 91 años, el sitio del accidente fue el hogar 30 pacientes y 3 vía pública, fueron fracturas unilaterales: Cadera 19 de lado izquierdo (58%) y derecho 14 fracturas topográficamente: 19 interarticulares (51%) y 16 extraarticulares (49%). De acuerdo a la clasificación de Tronzo la tipo III fue la que predominó y de Pawels las tipo II y III. Quirúrgicamente se les realizó 21 hemiartroplastias: Thompsom 10 (47%), More 8 (38%), bipolar 3 (15%) y 12 osteosíntesis: fue clavo placa 8 (67%) y 4 (33%) con DHS.

Las enfermedades agregadas fueron 18 casos hipertensión arterial sistémica, psiquiátricas: 6 casos siendo: Demencia senil: 3, depresión mayor 2 y enfermedad de Pick 1. Metabólicas: Ocho casos tumorales, artritis reumatoidea 3 casos, renales 4 casos y pulmonares 7 casos. Las complicaciones inmediatas fueron: Infección superficial: 5 (15%), fracturas. Diafisaria 2 (6%) y luxaciones: 1.¹² En el Hospital General de México se realizó otro estudio epidemiológico en un periodo de 3 años 1993-1996, el cual fue de la capacidad funcional postoperatoria en pacientes jóvenes con artroplastia total de cadera no cementada. Obteniendo los siguientes resultados: 42 pacientes con 46 artroplastias, con una edad mínima de 17 años, máxima de 59 y promedio de 39.4 años. Las prótesis utilizadas fueron PCA (10), Isoelásticas (12), Harris Galante (7), Osteonics (13), AML (2), Lima Litto (2).¹³

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional en pacientes con patología coxofemoral del Instituto Nacional de Rehabilitación.

En el periodo comprendido de octubre de 2002 a octubre de 2003, se capturaron pacientes en la consulta externa del Servicio de Rehabilitación Osteoarticular de primera vez operados y no operados para su valoración y tratamiento integral.

Los criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de patología coxofemoral con radiografías y/o tomografía y/o resonancia magnética, mayores de 15 años de edad. Se analizaron 16 variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, clasificación coxartrosis, sitio anatómico afectado, tipo de tratamiento quirúrgico, complicaciones y grado de discapacidad.

El objetivo del estudio fue: De 1,107 pacientes que acudieron por problemas de coxalgias se seleccionó en la muestra 303 pacientes.

Todos los datos se concentraron por medio de un sistema de cómputo y se realizó un análisis estadístico (SSPSV10).

RESULTADOS

De los 303 pacientes, 59 masculinos que corresponde al 29% y 243 femeninos con el 71% (*Figura 1*), el grupo etáreo se comportó: 36 a 55 años con 123 pacientes seguidos mayores de 56 años con 108 pacientes y de 15 a 35 años 71 pacientes afectados (*Figura 2*).

Nivel de escolaridad: (*Figura 3*).

Primaria: 92

Secundaria: 81

Nivel medio: 56

Nivel superior: 54

Analfabetas: 19

Nivel socioeconómico: (*Figura 4*).

Nivel bajo: 152

Nivel medio: 108

Nivel superior: 42

El estado civil fue: casados 149 pacientes, solteros 73, viudos 36, divorciados 33 y en unión libre 11 pacientes (*Figura 5*). La ocupación que realizaban los pacientes fueron: Hogar 50%, comerciante 11%, empleado 10%, desempleado 10%, profesionista 10%, estudiante 10%, campesino 10% (*Figura 6*).

El mecanismo de lesión de su patología coxofemoral fue de tipo mecánico 7%, genético 46%, inflamatorio 28%, por caída 12% y tumoral 7% (*Figura 7*).

En el nivel del sitio de la lesión anatómica la porción coxofemoral tuvo 235 (78%) de acetábulo, cabeza femoral 49 (16%) y femoral 18 (6%) (*Figura 8*).

En la etiología de la patología coxofemoral el problema degenerativo (coxartrosis) 44%, displasia y luxación con-

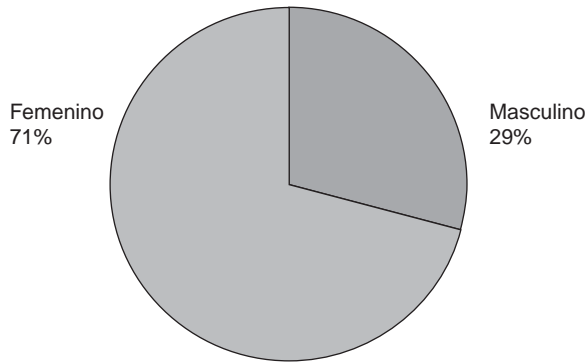


Figura 1. Total de pacientes 303.

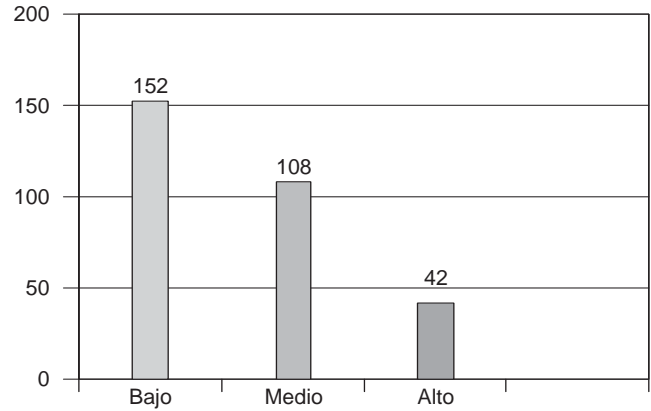


Figura 4. Nivel socioeconómico.

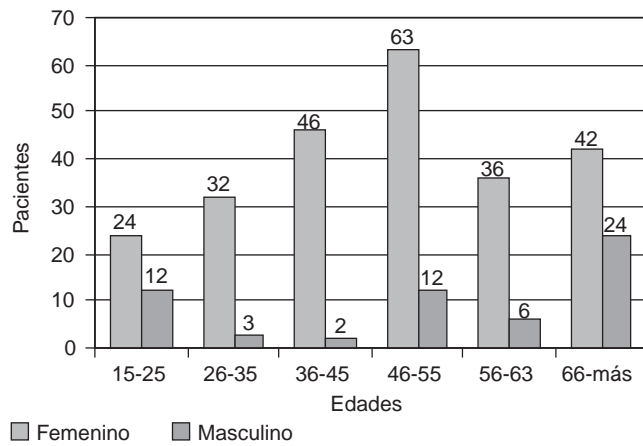


Figura 2. Grupo etéreo.

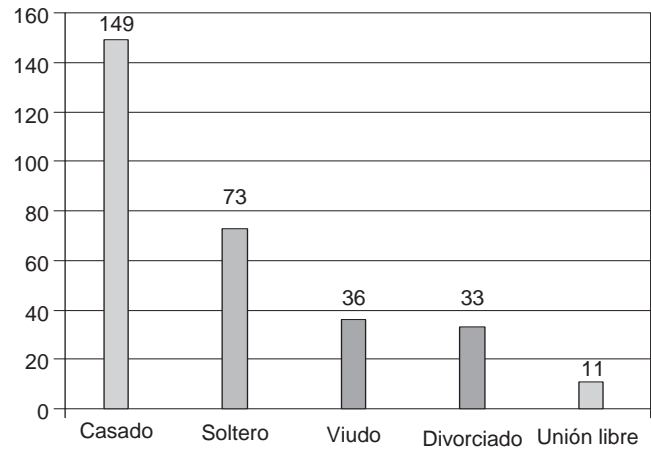


Figura 5. Estado civil.

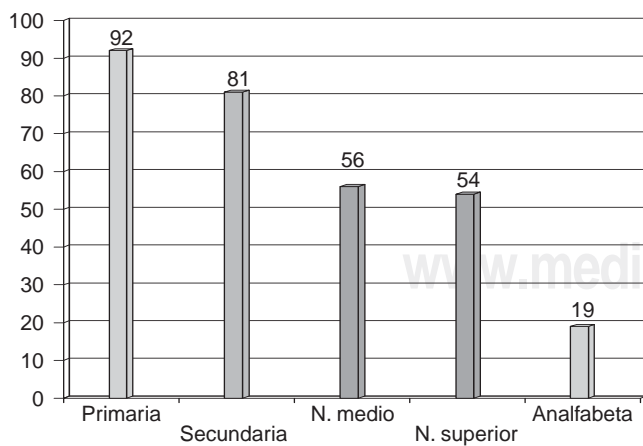


Figura 3. Nivel de escolaridad.

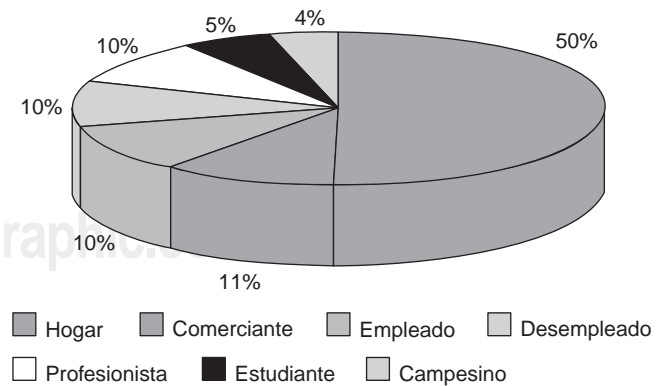


Figura 6. Ocupación.

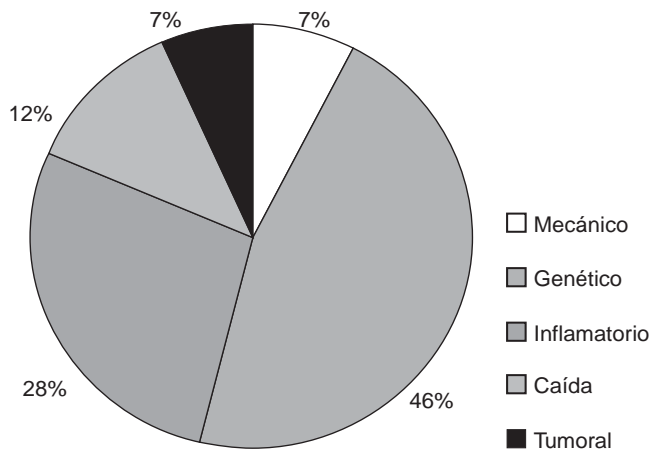


Figura 7. Mecanismo de lesión.

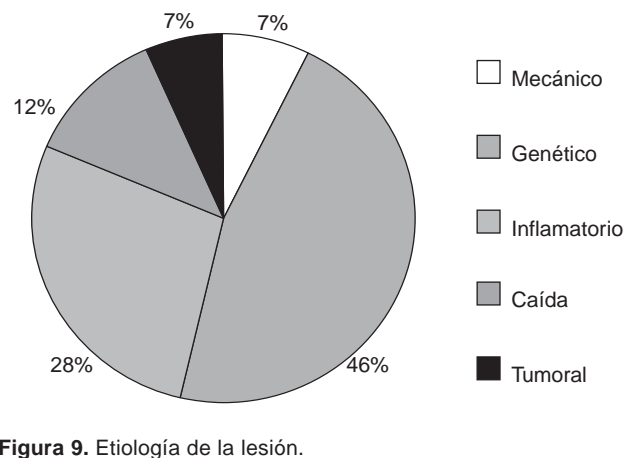


Figura 9. Etiología de la lesión.

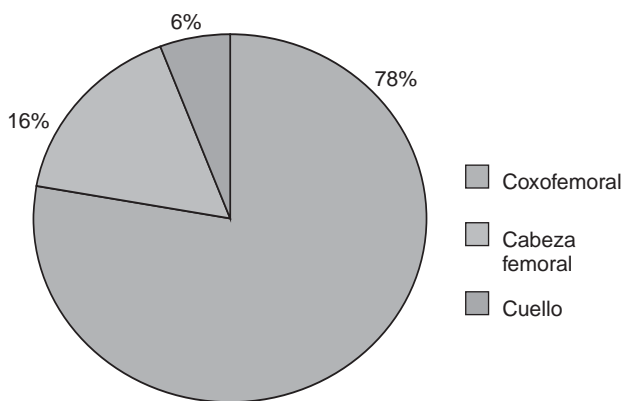


Figura 8. Lesión anatómica.

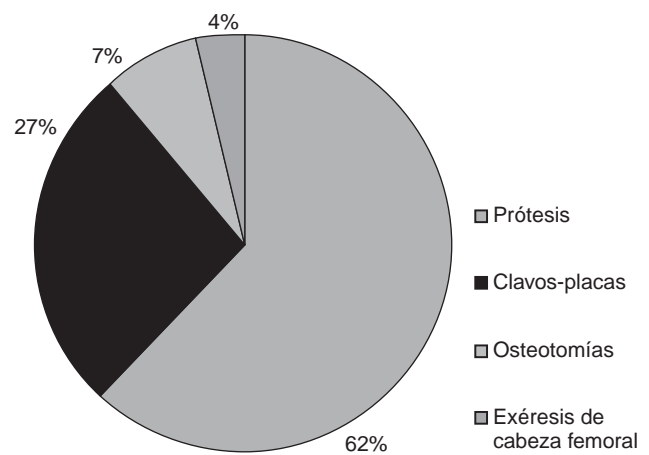


Figura 10. Tipo de cirugías realizadas.

génita de cadera 26%, inmunológico 11%, traumático 13% y tumoral 6% (Figura 9).

De los 303 pacientes con patología coxofemoral, 108 pacientes fueron operados y 195 pacientes no intervenidos. Ciento noventa y cinco tenían radiografías con el grado de coxartrosis: GIII: 99, GIV: 77 y GV: 19.

Complicaciones de las cirugías fueron: 36 pacientes. Doce con aflojamiento de la prótesis, 7 infección, 11 con lesión de nervio ciático y 6 ruptura de material o prótesis.

El grado de discapacidad fue de 132 con marcha sin uso de ortesis, con escala del dolor; grado de dolor leve 30 y 102 moderado, con ortesis 138 (bastón 105 y andadera 33) grado de dolor 91 moderado y severo 47 y en silla de ruedas 33 grado de dolor severo 37. Las enfermedades agregadas de los 303 pacientes sólo se presentaron en 66 pacientes, siendo 14 con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica

19, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante 11, tumores 9, parálisis cerebral 5 y otras 8.

Se valoró el tipo de prótesis y material quirúrgico de los 108 pacientes operados: (Figura 10).

Prótesis de cadera: 62%
Clavos y placas: 27%
Osteotomías: 7%
Exéresis de cabeza femoral: 4%

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados observamos lo siguiente:

- El grupo mayor afectado fue el sexo femenino, coincidiendo con la literatura internacional donde también se menciona que el promedio es de 6/1.

- El grupo etáreo más afectado es entre los 35-55 años, observando que en nuestra población el daño es mayor en pacientes jóvenes adultos, difiriendo con los estudios de la literatura europea que se da en mayores de 60 años, esto se debe a que nuestra pirámide de población es de sujetos jóvenes y la de Europa de adultos mayores.
- En la etiología y causa coincide con los autores de la literatura internacional, siendo la mayor causa degenerativa por osteoartritis, seguido de la patología congénita por displasias y luxación congénita de cadera.
- Respecto al nivel anatómico de lesión se observó que ocurre con mayor frecuencia en la cabeza femoral seguido del acetábulo y por ambas.
- En cuanto al grupo económico, el más afectado en nuestra población es el nivel bajo, seguido del nivel medio, habiendo una diferencia a la comparación de estudios epidemiológicos europeos refieren que los afectados son los del nivel medio-superior

En cuanto a la escolaridad de nuestros pacientes, la mayoría tenía primaria y secundaria terminada y su área laboral el mayor promedio se dedicaban al hogar seguido del comercio, comparándolo con los estudios internacionales difiere, ya que los estudios son medio superior, su campo laboral es la industria y la construcción.

- De los 303 pacientes con patología coxofemoral, 108 pacientes fueron operados y 195 pacientes no intervenidos.
- Ciento noventa y cinco tenían radiografías con grado de coxartrosis: Grado III: 99, IV: 77 y V: 19.
- Complicaciones por las cirugías fueron: de los 108 pacientes operados, 36 pacientes. Doce con aflojamiento de la prótesis, 7 infección, 11 con lesión de nervio ciático y 6 ruptura de material o prótesis, en la literatura también reportan este tipo de complicaciones.
- El grado de discapacidad fue la mitad de la población estudiada con uso de ortesis 138 (bastón 105 y andadera 33) grado de dolor 91 moderado y severo 47 y en silla de ruedas 33 grado de dolor severo 37.
- Las enfermedades agregadas de los 303 pacientes sólo se presentaron en 66 pacientes siendo 14 con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica 19, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante 11, tumores 9, parálisis cerebral 5 y otras 8.

CONCLUSIONES

El estudio realizado y los resultados que se obtuvieron, muestran nuestro tipo de población que está siendo afectada y es de alarmarse, donde la mayor frecuencia en pacien-

tes adultos jóvenes que oscilan entre los 35 a 55 años y la causa principal de etiología es la osteoartritis y problemas congénitos.

El cual requiere estudios multicéntricos con las diferentes instituciones y estados del país.

Debe realizarse con un equipo multidisciplinario,

Se deben implementar estrategias para disminuir la incidencia y la discapacidad.

También el estudio nos da la pauta en diseñar diversas líneas de investigación como:

Estudios de valoraciones de complicaciones en técnicas quirúrgicas,

Valoraciones de diferentes tipos de técnicas quirúrgicas de acuerdo a la edad y el grado de la patología coxofemoral.

Escalas de valoración funcional de los diferentes tipos de prótesis y duración

Programas de valoración con equipo tipo Biodex en la potencia muscular y programas de rehabilitación más específicos.

REFERENCIAS

1. Rampon S. Formes etiologiques de la coxarthroses. *Viev Med* 1970; 2(51): 2685-2704.
2. Darnault A, Parance C. Coxarthrosis. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*. 1998; 25-295-A-10.
3. Alfram PD. An epidemiologic study of cervical and trochanteric fractures of the femur in urban population. *Acta Orthop Scand* 1985; 65.
4. Arbelo R, Lainez S y cols. Epidemiología de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en Gran Canaria (1989-1993). *Rev Ortop Traumatol* 1999; 2: 107-112.
5. García JD, Bravo PA y cols. Capacidad funcional postoperatoria en pacientes jóvenes con artroplastia total de cadera no cementada, en el Hospital General de México. *Rev Mex Traum* 1997; 11(6): 432-34.
6. Meneses F, Rea R y cols. Accidentes en cuatro hospitales generales del Distrito Federal. *Salud Pública* 1993; 35(5): 448-55.
7. Yoshino S, Shiga H et al. Long term outcome of total joint arthroplasty in non ambulatory patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology* 1999; 26: 1076-79.
8. Gallardo G, Reséndiz A. Criterio para el tratamiento de las fracturas transcervicales del fémur. Revisión epidemiológica. *Rev Ortop Traum* 1999; 13(6): 541-547.
9. Fernández PLJ. Evolución a largo plazo de la luxación traumática de la cadera en el hospital ABC. Informe preliminar. *Rev Mex Ortop Traum* 1998; 12(4): 320-323.
10. Gutiérrez LM y cols. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. *Salud Pública* 1990; 32(6): 693-71.
11. Molina ZCM, Bravo BPA. Estudio epidemiológico. Pacientes internados en el Servicio de Ortopedia, pabellón 106, del Hospital General de México. Septiembre de 1985 a febrero de 1992. *Rev Mex Ortop Traum* 1998; 12(5): 416-20.
12. Igil-Orbezo F, Preciado AME y cols. Fractura de cadera en el anciano con alteraciones psiquiátricas. Experiencia en el Hospital Español de México. *Rev Mex Ortop Trauma* 1999; 13(6): 519-22.

13. Rivera HV, Mejía RC y cols. Prótesis total de cadera cementada. Experiencia con cinco tipos de prótesis totales. *Rev Mex Ortop Traum* 1999; 13(6): 579- 582.
14. Oostveen J, Prvo R et al. Early detection of sacroileitis on magnetic resonance imaging and subsequent development of sacroileitis on plain radiography. A prospective, longitudinal study. *The Journal of Rheumatology* 1999; 26(9): 1953-63.
15. Hernández V, Barrera C. Sistema de evaluación de los resultados en las artroplastias. *Rev Ortop Traumatol* 1999; 4: 245-51.

Dirección para correspondencia:
Dr. Raúl Granados Rentería,
Instituto Nacional de Rehabilitación
Calz. México-Xochimilco,
Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan
07360 México, D.F.
Tel: 53 34 10 00 Ext. 13142.
granadosr34@hotmail.com

www.medigraphic.com