

## Ortho-tips

Volumen **1**  
Volume

Número **1**  
Number

Julio-Septiembre **2005**  
July-September

*Artículo:*

### Indicaciones de la reducción abierta en la displasia de la cadera

Derechos reservados, Copyright © 2005:

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

## Indicaciones de la reducción abierta en la displasia de la cadera (Entrevista académica)

Enrique Guinchard y Sánchez\*  
Moderador (M)

Profesores Invitados:

Dr. Salvador Beltrán Herrera (SBH)\*\*

Dr. Hugo Carrillo Muñoz (HCM)\*\*\*

Dr. José Antonio Olin Núñez (JAON)\*\*\*\*

M: ¿Ante una cadera displásica luxada, cuándo consideran ustedes que está indicada la reducción abierta? Quisiera iniciar con usted Dr. Beltrán:

### Objetivos:

Discutir con expertos, a través de una entrevista, los aspectos prácticos de las indicaciones de la reducción abierta ante un caso de displasia de cadera luxada.

**SBH:** Bueno, primeramente en caderas con luxación de tipo embrionario, a cualquier edad. Ahora bien, en la tipo habitual, en aquellas que se hayan tratado o que tengan más de 6 meses de edad, para esto me permito ampliar un poco, es necesario abrir quirúrgicamente la cadera cuando se ha realizado tratamiento conservador y éste es fallido, y exista una relajación, esto en cualquier edad, así como en caderas que son muy inestables, independientemente de la edad y del grado, y/o que se haya evidenciado la interposición del labrum, engrosamiento severo del ligamento redondo o bien un ligamento transverso hipertrófico.

**HCM:** Con respecto a la edad, opino que sólo debe realizarse en pacientes menores de 18 meses cuando existe el antecedente de reducción cerrada fallida, y después de esta edad en todos los casos, en cambio, en los pacientes con cadera teratológica debe hacerse a cualquier edad.

\* Jefe de Educación e Investigación en Salud, del Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" de la UMAE Magdalena de las Salinas del IMSS. Ex-Director Nacional del Comité de Ortopedia Pediátrica de la Sociedad Mexicana de Ortopedia.

\*\* Profesor del Posgrado de Ortopedia, UNAM.

\*\*\* Ortopedista Pediatra del Centro Médico Nacional de Occidente. Presidente del Colegio de Ortopedia de Jalisco.

\*\*\*\* Director Médico de Ortopedia del Centro Nacional de Rehabilitación y Ex-Jefe del Servicio de Ortopedia Pediátrica del Instituto Nacional de Ortopedia.

Dirección para correspondencia:  
Enrique Guinchard y Sánchez  
Durango 33-62, Col. Roma, 06700, México, D.F.  
E-mail: enrique.guinchard@imss.gob.mx

**JAON:** Considero que una indicación absoluta es cuando la cadera no logra reducirse en forma cerrada por cualquier método, o se demuestra la interposición de tejidos blandos en la reducción. Otra indicación relativa, puede ser la edad, ya que se considera que en pacientes mayores de un año o que ya caminan debe de hacerse obligadamente la reducción abierta. Sin embargo, en niños mayores, cuya cadera está muy alta, se puede intentar una reducción cerrada, previa tenotomía de psoas iliaco, miotomía de los aductores mediano y menor. Otra indicación es cuando se requiere de una posición muy forzada para mantener la reducción.

**M:** ¿Qué hacen con el labrum cuando éste se encuentra invertido?

**HCM:** En mi opinión se debe de evertir o hacerle cortes radiados para permitir su eversión.

**JAON:** Habitualmente lo trato de evertir, o bien corto la mitad interna de toda la circunferencia del labrum, algunos autores como lo menciona el Dr. Carrillo, hacen cortes radiados en él. Sin embargo, esto podría lesionar su núcleo y alterar las posibilidades de osificación y crecimiento ulterior.

**SBH:** En mi experiencia puedo mencionarles que una vez detectado por aerografía, durante la cirugía, tengo tres opciones:

1. Colocarlo, si es posible, por encima de la cabeza femoral, evertido.
2. Seccionarlo radialmente para que abarque toda la cabeza femoral, es decir dar cobertura.
3. En casos muy especiales y que no se logra su eversión por estar adosado al acetábulo, se debe reseca en su totalidad buscando mejorar la estabilidad de la reducción.

**M:** La siguiente pregunta es referente a la cápsula articular, ¿Una vez lograda la reducción, qué manejo le dan a la cápsula?

**JAON:** Generalmente coloco puntos de afrontamiento a la capsulotomía en "T", en mi opinión el ponerla bajo tensión, disminuyendo su tamaño puede limitar la movilidad. La estabilidad se logra con la reducción simple o con un clavillo del trocánter mayor al borde superior del acetábulo, nunca intraarticular.

**SBH:** Es necesario reseca el excedente de la cápsula (siempre sobra un gajo) para que quede en forma justa alrededor de la cabeza femoral. Se sutura en forma apropiada (si el corte de la cápsula es en "T", al reducir la cabeza, la cápsula redundante si imbrica sola y con un solo punto queda de forma firme y estabiliza la educación). En algunos casos, no considero necesario la reparación capsular, ya que se ha demostrado que la cápsula por sí sola se ajusta a la esfericidad de la cabeza y forma fibrosis por arriba de la misma.

**HCM:** Nosotros lo que hacemos es la incisión en "T" con resección del triángulo superolateral y cierre con unos puntos en "V", con esto estabilizamos adecuadamente la cadera.

**M:** Bien el Dr. Beltrán nos habló del procedimiento de la artrografía, ¿qué me pueden ustedes decir al respecto?

**HCM:** No la realizo.

**JAON:** Generalmente yo sí la realizo; y sobre todo cuando ya se hizo algún intento de reducción cerrada y ésta ha sido fallida, ya que esto nos permite observar si se obtuvo una reducción adecuada y nos permite identificar tejido interpuesto que evita una reducción adecuada. En niños mayores de 2 ó 3 años, no la realizo habitualmente, ya que la experiencia nos ha mostrado que existe tejido que se interpone en la reducción. La artrografía también nos permite determinar el índice acetabular real, como lo publicó el Dr. Peón Vidales, y también valorar el desarrollo acetabular.

**SBH:** Sí la realizo. No habitualmente, ya que al hacer la reducción abierta se van a ver de forma directa todas las estructuras. Es un procedimiento muy útil, quien la realice debe de hacerlo adecuadamente, por lo tanto, es necesario preparar a los médicos que están en adiestramiento para que efectúen este procedimiento.

**M:** Ahora ya logramos la reducción, no se acaba ahí el problema, ¿cuál es el manejo posoperatorio en los casos de reducción abierta?

**JAON:** La inmovilización con un hemicallot que dejamos por 6 semanas, posterior a lo cual cambiamos a un aparato tipo Batchelor, que permite la flexión y extensión de las caderas, manteniéndolas en abducción y rotación interna. Este aparato lo mantenemos por espacio de 8 a 12 semanas observando el descenso del acetábulo. Cuando se requiere un cambio intermedio del aparato por el crecimiento del paciente, éste lo realizamos bajo sedación, lo cual además nos permite valorar la estabilidad. Después del retiro de este aparato, se utiliza un aparato abductor de uso nocturno, iniciándose la movilización completa de la articulación y permitiendo el apoyo libre a los 6 a 12 meses del postoperatorio.

**SBH:** En caso de reducción correcta de la cabeza femoral, es decir con un buen centraje, es necesario mantenerla en esa posición de 5 a 6 semanas, que es el tiempo de cicatrización, e iniciar en forma posterior la movilidad sin apoyo con cualquier dispositivo de abducción de las caderas por otro tiempo similar.

**HCM:** Inmovilizo al paciente con aparato de yeso pélvico supramaleolar con 20 grados de flexión, y 5 a 10 de rotación medial de la cadera, por espacio de 6 semanas. Posteriormente, sigo con la inmovilización de Batchelor por otras 6 semanas, iniciando movilidad de cadera. Al término de las cuales, iniciamos apoyo.

**M:** Desgraciadamente hay casos que presentan relajación a pesar de la reducción abierta, o bien que quedan con una reducción incompleta o subluxadas, ¿cuáles creen ustedes que son las causas?

**HCM:** La permanencia del ligamento transversal íntegro, una inadecuada identificación del acetábulo verdadero, y una inmovilización con cadera inestable.

**SBH:** Se las voy a enumerar:

1. Desconocer la técnica quirúrgica, o no estar acostumbrado a manejarla, lo que quiere decir no tener en cuenta los obstáculos que impiden un buen centraje, como lo mencionó el Dr. Carrillo, y que son:

- a) El ligamento redondo
- b) El labrum
- c) El ligamento transverso
- d) La desproporción cabeza acetábulo
- e) Colocación de la inmovilización posoperatoria en forma errónea o su retiro en forma precoz

**JAON:** Como ya se ha mencionado, la más frecuente es la interposición de tejidos intraarticulares que fueron resecaos parcialmente o no tocados en la cirugía, ya mencionados por el Dr. Beltrán, o bien por algún factor extraarticular como el psoas iliaco cuando no es seccionado. Otro factor muy importante es la orientación del extremo proximal del fémur, el cual, si se encuentra con valgo y anteversión importante, se subluxa o incluso llega a luxarse cuando se coloca a la cadera en posición de apoyo y esta mala orientación no es corregida. Otro factor es utilizar un aparato de reducción y estabilización aplicado en forma inadecuada o mal moldeado. También puede contribuir a la inestabilidad, la colocación de un clavillo de Kirschner que fije la articulación en la posición de reducción y que se retire a las 3 semanas, generalmente nosotros lo colocamos del trocánter mayor al borde superior del margen acetabular, como ya lo había mencionado, con lo cual evitamos dejarlo intraarticular y dañar la articulación o que sea un factor luxante al retirarlo.

**M:** Hay casos que ameritan que la estabilización de una cadera sea manejada en forma combinada con el método abierto y otras cirugías simultáneamente, como puede ser: la osteotomía del iliaco o la femoral. Quisiera que me mencionaran en qué casos las usan y en cuáles no.

**SBH:** Miren yo recomiendo seguir el siguiente orden:

1. Reducción
2. Si es necesario más adelante osteotomía iliaca
3. Si más adelante es necesario osteotomía femoral

Cuando se realiza todo el paquete, la recuperación funcional es lenta y tormentosa; "Es como comerse al mundo de un puñado".

**JAON:** La osteotomía femoral es indispensable cuando el valgo y la anteversión consiguen un factor luxante. Al hacerla, se mejora la estabilidad de la articulación y la corrección del centraje, estimula el descenso del acetábulo, por lo cual se hace en el mismo tiempo quirúrgico de la reducción. Esto permite diferir las

osteotomías del iliaco a un segundo tiempo en niños menores de 3 años, ya que puede corregirse la displasia del acetábulo al centrar mejor. En niños mayores de 3 ó 4 años con displasia acetabular se indica también la osteotomía iliaca en el mismo tiempo que la reducción, ya que las posibilidades del desarrollo del acetábulo son mucho menores. Sin embargo, en nuestra experiencia se aumenta el riesgo de necrosis avascular y la posibilidad de rigidez articular si se hace en forma simultánea como lo ha mencionado el Dr. Beltrán. Si es factible, preferimos realizar la osteotomía iliaca en otro tiempo quirúrgico si no se observa descenso acetabular.

**HCM:** Sí la realizamos en niños mayores de 18 meses con displasia acetabular mayor de 35 grados y cuando el centraje cefálico sólo se obtiene con rotación medial de 30 grados.

**M:** En la actualidad, la ultrasonografía tiene capital importancia en el estudio y diagnóstico del desarrollo displásico de la cadera, quisiera oír sus opiniones al respecto.

**HCM:** Es un estudio no invasivo, no doloroso, que nos permite evaluar el grado de inestabilidad de la cadera y factores participantes en la estabilidad o inestabilidad, lo que nos indica en un momento dado la conducta a seguir: conservadora o quirúrgica.

**JAON:** En mi opinión la ultrasonografía es útil en niños menores de 6 meses. En niños mayores de esta edad, si la cadera se aboca, se puede determinar la inversión del labrum y la presencia del ligamento redondo. En este caso, lo que se requiere de manera indispensable es que el radiólogo que realiza el estudio tenga una idea clara de lo que está haciendo y mucha experiencia, ya que puede hacerse el estudio de una manera dinámica y determinar la estabilidad.

**SBH:** El ultrasonido es útil para ratificar un diagnóstico clínico de D.D.C. desde el recién nacido hasta los 3 meses de edad.

**M:** Volviendo con el manejo abierto de la cadera luxada; ¿qué utilidad tiene para ustedes la tracción esquelética, y en qué casos la recomiendan?

**JAON:** No la recomiendo en todos los casos. Si son niños pequeños con caderas a nivel 0 ó 1 de Gage y que aún no caminan o con poco tiempo de haber iniciado la marcha, no utilizamos generalmente la tracción. Mientras que en niños que ya caminan y son caderas más altas, habitualmente sí la usamos. Hemos observado que en los pacientes en los cuales se ha utilizado un arnés anteroanterior (Pavlik o sus modalidades) y no se ha logrado la reducción, las caderas generalmente son laxas y permiten la reducción abierta sin tracción previa, teniéndose que tenotomizar el psoas iliaco.

**SBH:** La tracción cutánea también es útil y menos agresiva, la recomiendo en luxaciones no altas. La tracción esquelética desciende luxaciones altas, pero existe el peligro vascular de la osteocondritis. Ambas tracciones deben de vigilarse en centros hospitalarios, aunque existe una tracción cutánea domiciliaria

que debe de tomarse en cuenta para algunos casos muy escogidos. Existe una tracción esquelética después de la cirugía liberadora, que también tiene sus indicaciones y circunstancias. Considero que este tema es muy amplio y que en una mesa redonda sobre tracciones nos llevamos mucho tiempo.

**HCM:** Difiero con el Dr. Olin y el Dr. Beltrán, yo no utilizo la tracción ni esquelética ni cutánea, por lo que en mi opinión no existe indicación para su uso.

**M:** Ya para terminar, ¿qué opinión tienen de las diafisectomías en las luxaciones altas?

**HCM:** Es un procedimiento sumamente útil para lograr el descenso y centraje de la cabeza femoral sin tensión residual y obviamente sin tracción previa.

**JAON:** En las luxaciones altas en las cuales además existe un acortamiento de los isquiotibiales que no permiten la reducción, la diafisectomía nos permite quitar ese factor luxante, y además facilita corregir al mismo tiempo el valgo y la anteversión femoral que habitualmente están presentes, con lo que se logra una adecuada reducción y estabilización de la articulación en posición de carga, lo que permite una rehabilitación más rápida del paciente.

**SBH:** Es un excelente procedimiento que se usa en luxaciones altas, en pre-escolares, pero que deja el problema a resolver como es el techo acetabular y el acortamiento de la extremidad.

**M:** Bueno es tiempo de concluir con nuestra mesa redonda, dándoles las gracias por haber participado con algo que es invaluable: su experiencia.