

Un Caso de Luxación Congénita de la Cadera

POR EL DR. RAFAEL ROJAS LOA

EN el mes de octubre de 1929, fui solicitado para examinar a la niña N. Cabrera, de 4 años de edad y originaria de San Luis Potosí. Sus padres, me refirieron que a juicio de los médicos que tuvieron a su cuidado a dicha niña, tenía una luxación congénita de la cadera izquierda, y a efecto de corroborar aquel diagnóstico me mostraron varias radiografías en las que más o menos fielmente se advertía la colocación anormal de la cabeza del fémur. En efecto, y si los detalles no me parecieron tan claros como era de desearse en cuanto a la configuración de la cabeza y su volumen, el tamaño del cuello y su inclinación relativa a la diafisis, elementos todos de trascendencia en la ejecución del tratamiento, su posición sobre el ilio, es decir, en un lugar distante del cótilo quedaba comprobada; no cabía pues la menor duda respecto de la verdad del diagnóstico y de la variedad de la luxación: las radiografías producían un convencimiento de que se trataba de un caso de luxación de la cadera en su variedad más común: aquella en que la cabeza femoral se escapa hacia atrás del acetábulo y en dirección de la cresta del ilaco en busca de un apoyo siempre aleatorio. Ahora bien, en vista de la certidumbre del diagnóstico, había que aclarar el origen de la luxación: ¿Congénita, traumática, patológica? El problema había de resolverse por los conmemorativos y el examen anatómico y funcional de la articulación. Los padres de la niña referían la edad aproximada en que dió sus primeros pasos; de 18 a 20 meses, edad indudablemente tardía; aludían a la facilidad con que caía cuando corría o saltaba y a la fatiga que sentía aún en sus moderados ejercicios, haciendo hincapie principalmente en el defecto de la marcha, defecto que iba acentuándose con el tiempo hasta obligarlos a someter a su hija a las torturas de una larga y penosa curación: todo un año de ensayos infructuosos, distintas posiciones y colocación de nueve aparatos con un desenlace nada halagador.

Pasemos al estudio de los signos funcionales y anatómicos en general, para hacer más notorio el estudio concreto del caso actual. Entre los primeros, se advierte cuando el niño está de pie que se apoya invariablemente sobre el miembro afectado, mientras el miembro sano se dobla en pro-

porción con el acortamiento del primero; esta actitud, es la misma en todos los casos de acortamiento y no merece pues otra interpretación; en igual posición, nótase además, en mayor o menor grado la escoliosis de la región lumbar con la convexidad de la curva en dirección del lado afectado y muy común es también observar la lordosis de la misma región en proporción con el grado de anteversión pélvica; como se ve, estos cambios de la columna lumbar (escoliosis y lordosis) son correlativos de los movimientos de la pelvis y obedecen a las leyes mecánicas inmutables del equilibrio. El niño está de pie: si se le dice que se sostenga sobre el miembro que parece anormal y levante el otro, inmediatamente cae, a no ser, que lleve su mano sobre un objeto próximo o que ejecute un movimiento forzado del tronco inclinándolo gravemente hacia el miembro de apoyo; aquel niño, no puede pues conservar sin marcada vacilación la rectitud del cuerpo sosteniéndose sobre el miembro afectado, ni menos aún saltar sobre él. Este signo llamado Trendelenburg, obedece a la insuficiencia de los músculos glúteos mediano y pequeño y su incapacidad depende de varias causas: atrofia, parálisis, cambio de dirección de sus fibras, etc. Ambos músculos son robustos, ambos se injertan en el trocánter mayor y a su fuerza queda encomendada la función de sostener la pelvis cuando se apoya en un solo miembro. En resumen siempre que los glúteos son insuficientes y como ya se dijo su insuficiencia depende de varios motivos, el equilibrio de la pelvis queda definitivamente roto. Sabida la interpretación del signo de Trendelenburg y aplicada a los movimientos de la marcha, se adivina aquel descenso peculiar de la pelvis cuando se haya en suspenso sobre el miembro afectado mientras el otro oscila en el espacio y se traslada; a la vista aquella marcha simula, sobre todo cuando la lesión es bilateral, el andar del pato. Los signos funcionales no son de certidumbre, supuesto que no traducen más que una insuficiencia muscular, y a ese título, la marcha se aparece en las luxaciones coxofemorales, las coxavaras, las parálisis de los glúteos, etc. Pasemos ahora al estudio de los signos anatómicos, y para no alargar demasiado esta narración, citaré solamente los elementales: El niño se halla acostado sobre el dorso y la pelvis en posición simétrica; el acortamiento del miembro es evidente, la saliente del trocánter manifiesta y su distancia a la cresta iliaca más corta que del lado contrario; además, los movimientos del miembro son anormales a todas luces; la flexión, la adducción y la rotación hacia adentro muy amplios, y por el contrario, limitados la abducción, la extensión y la rotación hacia afuera, y cuando se trate de forzarlos aparecen como una protesta las cuerdas tensas de los adductores en la parte superointerna del muslo. Evidentemente estos datos reunidos, conducen a la presunción muy probable de una lesión congénita de la articulación de la cadera. Una nueva exploración será el remate de las pri-

meras y ya prolijas investigaciones. La anatomía enseña que la cabeza femoral es accesible en la base del triángulo de Scarpa adonde se toca en un punto equidistante entre la espina iliaca antero superior y la espina del púbis, debajo de los vasos femorales cuyos latidos se perciben con absoluta claridad; pues bien, la palpación cuidadosa de ese punto ni revela aquel cuerpo redondo que gira en todos sentidos, ni las pulsaciones de la arteria son tan claras, como que no se apoya sobre un plano resistente y la sensación de vacío en el lugar exacto en que los vasos femorales cruzan el arco de Poupard, da la certidumbre de que la cabeza del fémur se halla fuera de su lugar; ahora solo resta averiguar donde está y que ha motivado su salida, en otros términos, se trata de investigar el género de luxación y sus causas. La exploración más que las radiografías revelaron en el caso de que me ocupo, la situación de la cabeza hacia arriba y hacia atrás del cótilo; este género de luxación es el más común, pues el género anterior en que la cabeza huye en dirección de la espina iliaca anteroinferior es muy raro y absolutamente excepcional la luxación supracotiloidea. Averiguado el género de la luxación, en cuanto a sus causas solo cabe pensar en el origen congénito de la lesión, dado que ni la historia señalaba un traumatismo de violencia inusitada, ni podía pensarse en una de aquellas parálisis que solo por excepción se limitan a un grupo de músculos, los glúteos y los pelvitrocantérianos, y que a la misma vez relajan los ligamentos coxofemorales, supuesto que entonces, si es verdad que la cabeza del femur se luxa, con igual facilidad se ve en su lugar que fuera de él; tampoco ocurriría la idea de una luxación patológica, es decir, aquella forma de dislocación que obedece a una destrucción casi total de los tejidos articulares inclusive los huesos mismos, pues para llegar a esa catástrofe, necesariamente debieron existir de tiempo atrás todas las señales de un padecimiento grave. En resumen, en nuestro caso, se trata de una luxación congénita de la cadera izquierda en su variedad más común: la posterosuperior. El pronóstico, depende de varios factores: el género de la luxación, las condiciones de ambos huesos en lo que respecta a las superficies articulares, el estado de los demás tejidos y sobre todos la cápsula y muy principalmente también la edad en que se acomete la curación. En el caso a que me refiero la niña tenía poco menos de cuatro años, es decir, se hallaba en la edad en que la curación tiene mayores probabilidades de éxito, pues a medida que pasan los años los escollos son más serios hasta ser invencibles a la edad de diez u once años en las luxaciones unilaterales y de ocho a nueve en las bilaterales. Decía a propósito del estado de la articulación, que las condiciones de los huesos influyen en los resultados del tratamiento y en efecto, los exámenes anatómo-patológicos y los estudios radiológicos enseñan que la cabeza del fémur muy a menudo se halla atrofiada y deforme, es decir,

que aparte de ser pequeña en relación con la cavidad que debe alojarla, tiene forma cónica o se parece a la cúpula de un hongo implantado sobre un pie pequeño (el cuello del fémur); por otra parte, el cuello mismo tiene distintas inclinaciones con respecto a la diafisis del hueso y así acontece, que a la dislocación se añaden coxavaras o excepcionalmente coxavalgas, motivos ambos que hacen más arduo el tratamiento.

En nuestro caso, aunque las radiografías no son muy demostrativas en cuanto a los detalles consignados, la edad de la niña convidaba a intervenir olvidando la poca fortuna que tuvo el tratamiento anterior y con la esperanza de que pequeños detalles de manipulación y otros relativos a la colocación y duración de los aparatos que la experiencia aconseja, nos condujeran a una finalidad acertada. Parece que así ha sido a juzgar por las radiografías y las últimas exploraciones después del último de los aparatos y ya en plena época de masajes y movilización.

El tratamiento asume varias etapas de las cuales la primera y fundamental es la reducción. En nuestro caso, se llevó a cabo previa anestesia, ejecutando aquella maniobra elemental y casi siempre acertada en niños de tres a cuatro años, que consiste en flexionar el miembro previa sujeción de la pelvis hasta noventa grados o poco más como en nuestro caso, para obligar a la cabeza del fémur a bajar y colocarse atrás del cótilo. La flexión es esencial, supuesto que la posición primitiva de la cabeza hacia arriba y hacia atrás exige su descenso hasta ponerse a nivel del cótilo para poder franquear la ceja, saltando por la parte posterior o posteroinferior del rodete; ahora bien, ese salto que va a reintegrar la cabeza a la posición deseada, se realiza por varias manipulaciones y en el caso actual, llevando el miembro a una posición de abducción de muy cerca de 90 grados a la misma vez que se empujaba el trocanter hacia arriba, hasta que se logró sentir el paso violento de la cabeza a su cavidad natural. La sensación fué inequívoca y desde aquel instante pudo sentirse la cabeza en la base del triángulo de Scarpa y debajo de la arteria femoral. Las radiografías confirmaron la idea de una reducción perfecta. Como se ve, las maniobras no tuvieron mayores dificultades y aunque, como tiempo preliminar, hubo que vencer la resistencia de los aductores, dominando ese pequeño escollo la reducción tuvo el éxito más completo. Acto continuo se procedió a la inmovilización del miembro. Añadiré a este respecto, que la posición más estable varía en cada caso y aunque se dan fórmulas matemáticas relativas a los diversos grados de inclinación del miembro, en busca de una posición más firme, la verdad es, que a mi entender, lo mejor es inmovilizar en aquella postura que parece mejor acondicionada para conservar la reducción obtenida; en nuestro caso, la flexión formaba un ángulo como de 110 grados y la abducción era poco más o menos de 90 gra-

dos con una rotación externa mínima. Colocado el aparato en la posición descrita, se mantuvo durante cuatro meses. A propósito de duración, que en el caso se diría exagerada, quiero hacer una breve digresión: la mayoría de los especialistas aconsejan la conservación de la postura primitiva durante dos y medio a tres meses y en los casos que he tenido en las manos, he visto que aquel tiempo es por lo común insuficiente. Sirvame de ejemplo el caso de la niña Nuño, que traje a tiempo a esta Asamblea, en el que, el hecho de cambiar prematuramente la primera posición originó la reproducción de la luxación. En el caso actual muy otra fué la conducta y la reducción se mantuvo intacta. En los tres o cuatro primeros días subsiguientes a la reducción hubo dolores a ratos bastante intensos, provocados por la Coxitis que siempre desarrollan las maniobras articulares y que es una garantía del éxito por las adherencias que se desarrollan. Una semana después la niña estaba sin la menor molestia y así se mantuvo hasta los primeros días de febrero del presente año, fecha en que se hizo el cambio de posición. Las maniobras que ese cambio exige son delicadas, pues acontece, si todavía la adaptación de los elementos de la articulación, comprendidos en estos términos los huesos, la cápsula y los ligamentos, es deficiente, que la luxación se reproduce. La primera condición, insisto, es pues, pasar a la segunda posición, a lo menos cuatro meses después del principio del tratamiento. En esta posición, que suele ser definitiva, lo primero que se hizo fué desdoblar la pierna y llevarla en dirección del eje del muslo; después se redujeron los ángulos de flexión y abducción de la primera posición, el primero a 20 o 25 grados y a 30 poco más o menos el segundo. Como se ve, en la nueva posición subsisten la flexión y la abducción aunque en muy menor grado, más lo que imprime una diferencia radical a la segunda posición, es la rotación interna en que se coloca el miembro hasta llevar la rótula hacia el lado contrario; esta maniobra es fundamental y su objeto es apoyar la cabeza del fémur en la parte posterior de la cápsula, ya retraída durante la época de la posición primitiva, para llevar a cabo la maniobra de rotación, sin duda la más delicada, el operador ase con ambas manos la raíz del muslo y con prudencia y lentitud lo va haciendo girar hasta darle la posición que se propone, mientras el ayudante hace una tracción moderada y constante del miembro. Esta posición, como dije, es definitiva, aunque en caso actual, fué necesario para mejor garantía y después de tres meses, insistir en la rotación exagerándola para asegurar así el éxito de la curación. En resumen, dos posiciones diversas y otra final que fué solo una acentuación de la segunda, dieron por terminada una curación que sí se prolongo durante diez largos meses, la finalidad dejó los halagos del éxito apetecido.

Antes de poner el caso en las manos prudentes y hábiles del profesor

Sotres, las radiografías comprobaron plenamente la reducción definitiva de la luxación.

Antes de terminar, quiero reseñar someramente las intervenciones quirúrgicas que los cirujanos más sagaces han acometido, cuando todos los ensayos de reducción son imponentes para la consecución del resultado. Supongamos el caso de una cavidad de tal modo superficial que la salida de la cabeza fuese inevitable, entonces, surgiría la idea de una intervención sangrante. Hoffa en 1890, realizaba en casos de esta índole el vaciamiento del acetábulo despojándolo de sus tejidos para ahondar la cavidad en la medida necesaria para recibir la cabeza del fémur. Esta operación está en desuso por su gravedad y por la medianía de los resultados; los miembros quedan cortos, las articulaciones dolorosas y a menudo en anquilosis perpetuas. Albee el maestro del injerto huesoso ideó la operación audaz que voy a esbozar a grandes rasgos: Practicá una incisión que parte de la espina iliaca antero-superior, va hacia el gran trocánter y después hacia el isquión en una extensión de dos pulgadas. La separación de los labios del corte, permite ver la extremidad del trocánter y los músculos que ahí se insertan; después, corta la punta del trocánter con cincel y la levanta con los músculos para tener amplio acceso a la articulación; dividida la cápsula en sentido longitudinal explora el interior de la articulación y respeta las inserciones capsulares. En seguida, hace con cincel un corte paralelo al rodete de la ceja del cótilo, y separa así un segmento en forma de media luna que comprende las partes posterior superior y anterior de la ceja. Ese segmento huesoso que no pierde sus conexiones con el cartilago intraarticular, se abate y de ese modo hace más honda la cavidad, que es el objeto fundamental de la intervención; abatido aquel segmento semilunar, queda una brecha angular que abarca las mismas porciones de la periferia del cótilo: porciones posterior superior y anterior. Esa brecha se llena, adaptando dos o tres injertos en forma de cuña que toma de la tibia y que se sostienen fijando sobre ellos los tejidos peri-articulares. El abatimiento de la ceja con sus inserciones capsulares que han quedado intactas, hace que la cápsula se afloje, más como debe dársela una tensión suficiente que ayude al sostenimiento de la cabeza, se pliega y se fija el pliegue con varios puntos de sutura. Estos son los tiempos fundamentales de la operación, que se complementa por una labor de reconstrucción final de los tejidos peri-articulares. El miembro queda en posición de abducción ocho semanas, inmovilizado por medio de vendajes enyesados y soportando un peso de seis a doce libras. Pasado ese tiempo comienza la era de ejercicios y movilización. Tal es la operación que el genio quirúrgico de Albee ha concebido, y aunque las estadísticas aún no rinden su dictamen definitivo, justo es tributar un homenaje de admiración a ese paladín de la Ortopedia contemporánea.

RAFAEL ROJAS LOA.