

La luxación congénita de la cadera y las causas de su reproducción *

Por el Dr. RAFAEL ROJAS LOA,
académico de número

Hace tiempo, se me encomendó el tratamiento de una niña inválida, por una luxación unilateral congénita de la cadera izquierda (veremos después en qué se apoya este concepto). Los padres de la niña me mostraron varias radiografías, en las que se advertía inequívocamente que se trataba de una luxación coxofemoral, en la que la cabeza del fémur se había escapado del cótilo, saltando sobre la ceja con dirección a la cresta ilíaca. El diagnóstico era indudable; no había asomo de duda; las películas, aunque no muy claras, eran suficientemente demostrativas para aseverar que nos hallábamos frente a un caso de luxación de la cadera izquierda. Ahora bien, el problema a resolver era aclarar el origen de la luxación: ¿congénita, traumática, patológica? La interrogación había que contestarla 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 diez y ocho a veinte meses, es decir, tardíamente; aludían a la facilidad con que caía cuando corría o saltaba, y a la fatiga que le producía el ejercicio aun moderado, haciendo hincapié principalmente en el defecto de la marcha, defecto que iba acentuándose cada día más.

Pasamos después al estudio de los signos funcionales y anatómicos. Entre los primeros figura el siguiente: cuando la niña está de pie, se apoya invariablemente sobre el miembro afectado, mientras el otro se dobla en proporción con el acortamiento del primero; esta actitud es la misma en todos los casos de acortamiento y no merece, pues, otra interpretación; en la misma posición (estación de pie) 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 también la lordosis de la misma región en proporción con el grado de anteversión pélvica; como se ve, estos cambios de

(*) Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 27 de junio de 1945.

la columna lumbar (escoliosis y lordosis) son correlativos de los movimientos de la pelvis y obedecen a las leyes mecánicas del equilibrio. Continuemos el examen: la niña sigue de pie, decidle 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 para evitar la caída o que ejecute un movimiento forzado del tronco inclinándolo hacia el miembro de apoyo, es decir, que la niña no podía guardar la rectitud del cuerpo sirviéndole de sostén el miembro afectado ni menos aún saltar sobre él. Este signo, llamado de Trendelenburg, obedece a la insuficiencia de los músculos glúteos, mediano y pequeño, insuficiencia o incapacidad que dependen de varias causas: atrofía, parálisis, cambio de dirección de sus fibras, etc. Ambos músculos son robustos, ambos se insertan en el trocánter mayor y a su acción queda encomendada la función de sostener la pelvis cuando se apoya en un solo miembro. En resumen, si los glúteos son insuficientes, y como ya se dijo su insuficiencia depende de varias causas, el equilibrio de la pelvis se rompe inevitablemente. Conocida la interpretación del signo de Trendelenburg y aplicada a los movimientos de la marcha, se comprende el descenso peculiar de la pelvis cuando se halla suspendida sobre el miembro afectado mientras el otro avanza. Ahora bien, los signos funcionales no son de certidumbre, supuesto que no traducen más que una insuficiencia muscular, y a ese título la marcha se parece 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 más elementales: la niña se halla en decúbito dorsal y la pelvis en posición simétrica; el acortamiento del miembro es evidente, la saliente del trocánter manifiesta y su distancia a la cresta ilíaca más corta que en el lado contrario; además, los movimientos del miembro son anormales a todas luces: la flexión, la adducción y la rotación hacia dentro muy amplias, y por el contrario limitadas la abducción, la extensión y la rotación hacia afuera; cuando se trata de forzarlas, aparecen como una protesta las cuerdas tensas de los adductores en la parte supero-interna del muslo. Evidentemente, estos datos reunidos conducen a la presunción lógica de una lesión congénita de la articulación de la cadera. Una nueva exploración será el remate

de las ya señaladas. La anatomía enseña que la cabeza femoral es accesible en la base del triángulo de Scarpa, en un punto equidistante de la espina iliaca anterosuperior y la espina del pubis al nivel de los vasos femorales, cuyos latidos (me refiero a la arteria) se sienten en aquel punto con claridad inequívoca; pues bien, la palpación cuidadosa de aquel sitio 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 exácto 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 sólo resta averiguar dónde está y qué ha motivado su salida, en otros términos, se trata de investigar el género de luxación y sus causas. La exploración, más que las radiografías, reveló la situación de la cabeza: había huído hacia arriba y hacia atrás del cótilo; tal es la luxación más común, pues la variedad anterior, en que la cabeza femoral se escapa en dirección de la espina iliaca anteroinferior, es muy rara y absolutamente excepcional la supra-cotileoidea.

Averiguado el género de la luxación no se podía pensar más que en el origen congénito de la lesión, dado que ni la historia clínica señalaba un traumatismo de violencia inusitada, ni podía atribuirse a una de aquellas parálisis que sólo por excepción se limitan a un grupo de músculos: glúteos y pelvitrocantérianos, y que a la misma vez relajan los ligamentos coxofemorales, supuesto que entonces, si es verdad que la cabeza del fémur se luxa, con la misma 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 derecha en su variedad más común: la pósterio-superior. El pronóstico, en casos de esta especie, 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 todo la cápsula, y muy principalmente también la edad en que se inicia el tratamiento.

En el caso que vengo a exponer, 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 van siendo más serios hasta ser invencibles a la edad de 10 u 11 años en las luxaciones unilaterales y de 8 a 9 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 roentgenológicos enseñan que la cabeza del fémur muy a menudo se halla atrofiada y deformada, es decir, que aparte de ser pequeña en relación con la cavidad que debiera alojarla tiene forma cónica o se parece a la cúpula de un hongo implantada sobre un tallo pequeño (cuello del fémur); por otra parte, el cuello mismo tiene distintas inclinaciones con respecto a la diáfisis del hueso y así acontece que a la dislocación se añaden coxavaras o coxavalgas. Descontadas todas las eventualidades que he enumerado y otras que sería prolijo y cansado expresar, hago hincapié en la edad, como factor que conduce al éxito o lleva a la derrota.

El tratamiento abarca varios tiempos o etapas y fundamentalmente la reducción. En el caso que pongo a vuestra consideración, señores académicos, dicha reducción se llevó a cabo, ejecutando aquella maniobra elemental y casi siempre acertada en niños de tres o cuatro años, que consiste en flexionar el miembro previa sujeción de la pelvis hasta 90° 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 dada la posición primitiva de la cabeza hacia arriba y hacia atrás, es menester que descienda hasta ponerse al nivel del cótilo y así pueda franquear la ceja, saltando sobre la parte posterior o pósterio-inferior del rodete; ahora bien, ese salto que va a reintegrar la cabeza a su sitio, exige aparte de la flexión a que me he referido, la abducción progresiva del miembro hasta muy cerca de 90° , maniobra que se hace lenta y suavemente al propio tiempo que el operador empuja el trocánter (hemos dicho ya que la cabeza se halla al nivel del cótilo) y siente y oye el paso de la cabeza a su cavidad natural. En el caso que vengo exponiendo las manipulaciones fueron sencillas y la reducción quedó confirmada por las películas radiográficas. Acto continuo se procedió a la inmovilización del miembro. Añadiré a este respecto, que la posición

que debe guardar el miembro varía en cada caso. Aunque se dan fórmulas matemáticas relativas a los diversos grados de inclinación, buscando una posición más estable, lo mejor es inmovilizar en la postura que parezca más adecuada para conservar la reducción obtenida; en nuestro caso, la flexión formaba un ángulo como de 110° , la abducción era de 90° más o menos, en rotación externa mínima. Tal era la posición que se dió al miembro y que había que conservar en un aparato de yeso. La duración de esta primera posición fué de 4 meses. Los autores acortan el plazo, señalando un lapso de dos y medio a tres meses de inmovilización para la primera etapa del tratamiento. A mi modo de ver, aquí el tiempo es insuficiente. Otro caso, anterior al actual y que fué comentado en esta asamblea, fué menos feliz debido a que la posición original del miembro no se mantuvo lo debido; el resultado fué que la luxación se reprodujo. En el presente caso muy otra fué la conducta en cuanto a duración de la postura primitiva y el resultado muy satisfactorio: la reducción quedó intacta. En los tres o cuatro días subsiguientes a la reducción hubo dolores, a ratos bastante intensos, provocados por la coxitis que siempre desarrollan las manipulaciones de la articulación y que es una garantía del éxito por las adherencias que se forman. Una semana después la niña estaba sin la menor molestia y así se mantuvo hasta los primeros días de febrero del siguiente año, fecha en que se hizo el cambio de posición.

Las maniobras que ese cambio exige, son delicadas, pues acontece, si todavía la adaptación y concordancia de los componentes de la articulación: huesos, cápsula y ligamentos, es deficiente, que la luxación se reproduce. La primera condición, insisto, es pasar a la segunda posición cuatro meses aproximadamente después del principio del tratamiento. Para realizar la nueva posición, que suele ser definitiva, lo primero que se hizo fué desdoblarse la pierna y llevarla en dirección del eje del muslo; después, reducir los ángulos de flexión y abducción en que había colocado hasta situarlo a razón de 20° (flexión) y 30° (abducción). Como se ve, en la nueva posición subsisten la flexión y la abducción aunque en muy menor grado; mas 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 en la época que perduró la posición inicial. 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 el caso que relato fué necesario para mayor garantía y después de tres meses, insistir en la rotación exagerándola. En resumen, dos posiciones diversas, y otra final que fué sólo una acentuación de la segunda, dieron el fin de un tratamiento largo, cuyos resultados parecían satisfactorios en definitiva y, sin embargo, no fué así!

La marcha claudicante antes de la intervención y correcta después se tornaba algo defectuosa aunque incomparablemente menos que antes del tratamiento; los familiares de la niña, seriamente contrariados, optaron por abandonarme como sucede siempre que el médico no satisface los deseos y hasta los caprichos de los enfermos. ¡Triste privilegio el de los médicos cuya conducta está sujeta a las censuras aceradas de los profanos y aun de los necios! El doctor Ortiz Tirado, que había colaborado conmigo, tomó a su cargo el tratamiento de la niña. Muchas veces me he preguntado si la reincidencia incipiente de la dislocación habría dependido de una falta de técnica o de algún error en mi proceder, y la verdad es que no despunta en mi ánimo la sombra de la más leve culpabilidad. Veamos por qué: el Dr. Ortiz Tirado, a quien he aludido, me mostró una radiografía de la cadera de nuestra pequeña paciente y en ella se ve que la ceja fué gastándose poco a poco, lo que motivó que la cabeza fuera irrumpiendo de la cavidad a donde la habíamos llevado al parecer definitivamente. Los tejidos en esta índole de luxados son aplásicos y a eso se debe que la reconstrucción de las articulaciones sea a veces aleatoria; la conclusión parece obvia: no hubo torpeza en la ejecución del tratamiento, sino desgaste lento y fatal de la ceja del acetábulo. En casos de esta especie se intentan los recursos de la cirugía cruenta, desde la era de Hoffan hasta los injertos de Albee, para hacer una cavidad suficiente a dar acogida a la cabeza del fémur. No señalaré los métodos usados para la

consecución de tal propósito en un alarde innecesario y pedante de erudición; además de que el fin principal de esta memoria es sencillamente poner de resalto este hecho: las luxaciones congénitas de la cadera reinciden a menudo por causas ajenas a la competencia y habilidad del operador. Ufanarse de un éxito definitivo en esta clase de intervenciones, es a veces y a la postre caminar hacia la derrota!