

Miodisplasia de cadera

Tratamiento

Dres. NESTOR CASTIGLIONI, CARLOS MAQUIEIRA
y MANUEL PEREZ ALVAREZ *

CONSIDERACIONES GENERALES

El éxito de cualquier tratamiento depende fundamentalmente del diagnóstico precoz.

Nuestra conducta se basa en el concepto etiopatogénico de la enfermedad.

La etiología es, según la teoría del Prof. Bado, una displasia muscular. La patogenia es el conjunto de alteraciones morfológicas osteoarticulares de la cadera por acción del crecimiento, bajo la acción patógena de los músculos displásicos.

La miodisplasia de los aductores y psoas, durante esta etapa de acelerado crecimiento, es el factor responsable de la anteversión y valgo del cuello, así como también de un exceso de compresión de la epífisis sobre el cotilo.

El valgo y la anteversión del cuello sumado al desplazamiento externo, resultado de la acción muscular

displásica, determinan un apoyo anormal de la epífisis sobre el cotilo.

El anormal apoyo de la epífisis y el exceso de compresión son los responsables de las distintas alteraciones osteoarticulares, a saber:

- 1) Modificaciones morfológicas del cuello por acción sobre la fisis.
- 2) Retardo o detención del crecimiento del núcleo epifisario.
- 3) Alteraciones del techo del cotilo.
- 4) Exagerado crecimiento del fondo de la cavidad cotiloidea.
- 5) Y por último son responsables de la pérdida de las relaciones normales epifisocotiloideas.

En la clínica se presentan innumerables situaciones, dependiendo entre otros factores de:

- 1) La gravedad de la luxación.
- 2) La edad del paciente.
- 3) La uni o bilateralidad de la miodisplasia.
- 4) Las alteraciones del cotilo.
- 5) Las alteraciones de la epífisis.

Médico de Guardia y Médico Auxiliar del Instituto de Traumatología y Ortopedia. M. S. P. Médico Auxiliar Cátedra Ortopedia Prof. Oscar Guglielmon. Fac. Med. Montevideo.

Por lo tanto, todos los casos clinicorradiológicos no pueden entrar en una sola fórmula terapéutica.

También, es difícil hacer grupos para aplicarle a cada uno un plan de tratamiento.

Cada caso merece un plan terapéutico específico.

No obstante, nos parece de utilidad práctica un esquema básico con directivas generales.

PLAN DE TRATAMIENTO

Está adecuado al grado de miodisplasia según la edad del paciente.

Objetivos.— Los objetivos de nuestro plan son:

- 1) Reducir la luxación.
- 2) Mantener un buen centrado de la epífisis.
- 3) Desgravitar a la epífisis y el cotilo de las fuerzas compresivas patológicas que soportan; en otras palabras, suprimir los factores luxantes.

Con esto permitimos un normal crecimiento de las estructuras osteoarticulares.

De ahí, la importancia de un diagnóstico precoz.

Cuanto más precoz es el tratamiento, más fácil es la reducción, más corto el período de inmovilización; pues el crecimiento es mucho más rápido y además, las alteraciones ya establecidas evolucionan más favorablemente, cuanto más precoz es el tratamiento.

Miodisplasia de cadera con luxación.

Recién nacido a 3 meses de edad.— A esta edad efectuamos la reducción incruenta con o sin anestesia general. Generalmente se logra fácilmente y sin esfuerzo.

La técnica es similar a la búsqueda del signo de Ortolani. Es decir, con el niño en decúbito dorsal sobre una mesa de examen, las rodillas y caderas en flexión de 90° y los muslos adducidos y en rotación interna.

El médico coloca sus pulgares en la cara interna de ambas rodillas del niño, y los demás dedos en el lado externo de ambos muslos presionando sobre los trocanteres. Se efectúa una ligera presión en la dirección de la diáfisis femoral mientras se separan las rodillas. Súbitamente, del lado luxado tiene lugar un resalto.

En este momento la cadera está reducida. Se efectúa un control radiológico. Una vez reducida se debe mantener en la posición de mejor centrado y más estable.

Lo más importante de la posición es la abducción de los muslos. La flexión o extensión, así como las rotaciones son secundarias. No obstante, somos partidarios de la posición de rana (abducción y flexión de muslos) porque acerca los puntos de inserción del psoas iliaco, principal factor luxante a nuestro juicio. Mantenemos esta posición, con un vendaje enyesado pelvi-pedio incluyendo el muslo sano.

Al mes se efectúa un control radiológico. Si éste es satisfactorio, es decir, las epífisis se mantienen centradas, y los techos del cotilo se desarrollan normalmente, se puede pasar a férulas; de lo contrario se repite el vendaje enyesado.

En cuanto a las férulas debemos elegir, aquella que mantenga mejor la posición del centrado. Acostumbramos, a usar la férula de abducción, pero también se puede usar la férula de Frejka.

Se sigue controlando el lactante con radiografías periódicas hasta que el techo del cotilo muestre un desarrollo suficiente, y aparezcan los núcleos de osificación epifisarios.

Miodisplasia de cadera sin luxación.

Recién nacido a 3 meses de edad.— Es relativamente frecuente, que un lactante tierno tenga, una limitación de la abducción y nada más. En estos casos basados en la clínica usamos la férula de Frejka y a los 3 meses de edad, recién tomamos una radiografía, que nos orientará en la conducta futura.

Miodisplasia de cadera con luxación.

De 3 a 6 meses de edad.— En esta edad, suelen plantearse dos situaciones: una de ellas es en la que se reduce la luxación fácilmente, sin violencia, sin esfuerzo. En este caso el plan terapéutico es similar al ya descrito, es decir, reducción manual, yeso pelvipedio y luego férulas. Pero a esta edad los períodos de inmovilización deben ser más largos, pues, ya el crecimiento no es tan rápido y ya hay alteraciones establecidas.

La otra posibilidad es, ya en luxaciones más graves, que si bien se logra una reducción manual, es bajo una tracción excesiva y tal vez violenta. Dándonos la idea de que la epífisis está anormalmente comprimida en el cotilo. Es en esta situación que indicamos la tenotomía de aductores y psoas con neurectomía del nervio obturador. Hecha ésta, se intenta una maniobra de reducción, que por lo general se logra sin dificultad. Luego inmovilización enyesada, en la posición de mejor centrado, ya sea la de rana, ya en la de extensión, abducción y rotación interna. Como los principales factores luxantes han sido seccionados la posición es para mantener el centrado fundamentalmente. Después que los controles radiográficos, hechos periódicamente, muestren un desarrollo normal del techo, se puede pasar a férulas como en los casos anteriores.

En aquellos casos en que la miodisplasia no ha llegado a luxar la cadera, es suficiente con el centrado de la epífisis en posición de rana, mantenida con férulas.

Miodisplasia de cadera con luxación.

De 6 meses al año de edad.— El tratamiento siempre es quirúrgico. Puede ser suficiente la tenotomía de aductores y psoas con neurectomía del nervio obturador, siguiendo luego el tratamiento como en los casos anteriores.

En luxaciones muy graves, esta conducta suele ser insuficiente, por lo que debemos recurrir a una operación mayor, para poder reducirlas. Esta consiste en la sección de los aductores, psoas, recto anterior, capsulotomía amplia, resección del ligamento redondo y neurectomía del nervio obturador.

Esta operación, se puede hacer por uno o dos abordajes, dependiendo la elección de la técnica, de la gravedad de la luxación y la experiencia del cirujano.

Miodisplasia de cadera con luxación.

Después del año de edad.— Después del año, se agrega una dificultad, los deseos y la necesidad del niño de caminar, que convierte en un martirio la inmovilización enyesada tan prolongada.

Con el fin de disminuir el período de inmovilización nos ajustamos al siguiente plan: operación com-

pleta como en el caso anterior, reducción y yeso en posición de extensión, abducción y rotación interna del muslo. Al mes, osteotomía desrotadora y varizante. Nuevo yeso hasta que consolide y luego se indica la marcha. La finalidad de la osteotomía es la de mantener el centrado de la epifisis, aun durante la marcha.

Miodisplasia de cadera sin luxación.

En las subluxaciones hacemos tenotomía de adductores y psoas, neurectomía, centrado de la epifisis y yeso en posición de centrado. De ser necesario en la evolución de la afección, se hará una osteotomía desrotadora y varizante.

RESUMEN

El éxito del tratamiento depende del diagnóstico precoz. El tratamiento se basa en el concepto eteopatógenico de la enfermedad.

Según el concepto del Prof. Bado el responsable de la enfermedad es el músculo.

Una displasia muscular, genética y hereditaria que afecta a ciertos grupos musculares sobre todo psoas y adductores determina a través del crecimiento las alteraciones cervicales y epifisarias y secundariamente cotiloideas que conducen a la luxación espontánea de la cadera. Es una enfermedad evolutiva y puede ser sorprendida en diversas épocas de la vida del niño y en cualquier etapa de la evolución. Por esta razón se presentan innumerables situaciones anatomoclínicas y que no se pueden resolver con una sola fórmula terapéutica.

El ideal del tratamiento es la precocidad de su comienzo. El objetivo es la reducción, el correcto centrado y el mantenimiento durante el tiempo necesario.

Antes de los 3 meses, en general es incruento. Basta con la colocación de una férula o yeso seguido de férula.

Entre 3 y 6 meses se dan dos situaciones:

Reducción y centrado fácil: tratamiento incruento con yeso y/o férula.

Si la reducción es fácil: tratamiento cruento, con sección de músculos adductores y psoas y cápsula si es necesario y luego yeso y/o férula.

Después de los 6 meses de edad el tratamiento es en general quirúrgico seguido de yeso y/o férula.

Después del año de edad: tratamiento quirúrgico para reducir y al mes, en muchos casos, osteotomía desrotadora y varizante para autorizar la marcha a los 2 meses de la osteotomía.

RÉSUMÉ

Le succès du traitement dépend du diagnostic précoce. Le traitement se fonde sur le concept étiopathogénique de la maladie. Le Professeur Bado considère que le responsable de la maladie est le muscle.

Une dysplasie musculaire, génétique et héréditaire, affectant certains groupes musculaires, surtout psoas et adducteurs, provoque, tout au long de la croissance, les

altérations cervicales et épiphysaires —accessoirement cotyloïdales— qui aboutissent à la luxation spontanée de la hanche. Il s'agit d'une maladie évolutive qui peut être mise en évidence à différentes époques de la vie de l'enfant et à n'importe quelle étape de l'évolution, d'où il découle d'innombrables situations anatomocliniques qui ne peuvent être résolues par une seule formule thérapeutique.

L'idéal du traitement est qu'il soit le plus précoce possible. L'objectif est la réduction, le centrage correct et le maintien pendant le temps nécessaire. Avant l'âge de 3 mois il ne provoque pas, en général, de perte sanguine. Il suffit d'une férule ou de plâtre suivi de férule.

Entre 3 et 6 mois deux situations se présentent:

Reduction et centrage facile: traitement sans perte sanguine avec plâtre et (ou) férule.

Reduction facile: traitement avec perte de sang par sectionnement de muscles adducteurs et psoas, et, si besoin est, capsule, puis plâtre et (ou) férule.

Après l'âge de 6 mois le traitement est en général chirurgical, suivi de plâtre et (ou) férule.

Après 1 an: traitement chirurgical de réduction et dans le mois qui suit, pour la plupart des cas: ostéotomie dérotatrice et varisante qui permette la marche 2 mois après l'ostéotomie.

SUMMARY

Success of treatment depends on early diagnosis. Treatment is based on the etiogenic concept of this disease which Prof. Bado blames on the muscle.

Genetic and hereditary muscular dysplasia affects certain muscular groups —above all psoas and adductors— and through growth, determines cervical and ephyseal alterations and secondary alterations of cotyloid cavity (acetabulum) which, in turn, lead to spontaneous thigh displacement. Disease is evolutive and may appear at different periods of the child's life, in any stage of evolution. Consequently, we find a diversity of anatomoclinical situations that cannot be solved by one single therapeutic formula.

Ideally, the patient should be treated during the very early stages. The thigh should be adjusted and positioned correctly, maintaining it so during all the time necessary. Before the age of three months, surgery is not generally required; a splint, or plaster cast, followed by a splint, is all that is required.

Between the ages of 3 to 6 months, we find two types of situations:

Easy adjustment and positioning: non-surgical treatment; plaster cast or splint adjustment: surgical treatment, abscission of adductors and psoas and, if so required, capsule, followed by plaster cast and/or splint.

After the age of 6 months, treatment is generally surgical followed by plaster cast and/or splint.

After the age of one year, adjustment is surgical and is followed, one month later, by derotating varus osteotomy. Walking is allowed 2 months after osteotomy.