

TRATAMIENTO INCRUENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA*

Dr. L. RIBÓ RIUS
(Barcelona)

EL título que encabeza esta Comunicación adolece de un defecto y es su pretensión. Querer dar una idea completa de los fundamentos, indicaciones, técnicas y resultados del tratamiento incruento de esta deformidad en el corto tiempo concedido a una comunicación, demuestra, de mi parte, un optimismo desmesurado, falto, como me reconozco, de las cualidades necesarias para resumir de una manera clara y precisa un tema tan importante de la Cirugía Ortopédica como es el que vamos a esbozar.

Nos limitaremos, pues, a unos breves comentarios clínicos y radiológicos, cuyo valor será, tan sólo, la circunstancia favorable, de haber podido seguir la evolución de los casos aquí presentados, desde el momento de su diagnóstico hasta la recuperación más o menos completa de los mismos.

La frecuencia de la luxación congénita de cadera no es uniforme en todos los países ni zonas geográficas; unos más afectados por la deformidad y otros en que

sólo se observan casos esporádicos. El factor racial, en cuanto a su distribución, es también digno de notarse, siendo evidente que la deformidad, a criterio de algunos autores, a penas se presenta en la raza amarilla y negra, siendo más frecuente en la raza blanca, particularmente determinados países de Europa: Francia, Alemania, Austria, Italia, Polonia, etc. En España se observan casos, pero no con la frecuencia de estos países, siendo más rara en las regiones del Sur.

El norte de Italia es una zona muy afectada por la deformidad, y en Francia, Pierre Lance señala la ausencia casi completa en las grandes ciudades, pero admite que el factor social juega un papel importante en su distribución; así, por ejemplo, un distrito de París representando una colonia agrícola de Auvernia, proporcionaba un señalado contingente de casos comparado con otros distritos de obreros industriales. Regiones montañosas, la Bretaña, Pirineos, Alpes, Meseta Central, etc., dan gran nú-

* Comunicación presentada como Académico Corresponsal Nacional, en la Sesión del día 14-XII-65.

mero de casos a los Centros de Cirugía Ortopédica de Rennes, Burdeos, Nantes, Lyon.

El sexo femenino aparece afectado en una proporción de 8 a 9 veces más que el sexo masculino. Hereditariamente, sin que ello sea constante, aparece algún antecedente, abuelo o abuela, que padecía la deformidad o al menos se vislumbraba a través del historial clínico, algún síndrome subluxante, cuando no de verdadera luxación más o menos tratada. La deformidad es, generalmente, unilateral, siendo la cadera izquierda la más afectada; cuando la luxación es doble, el grado de desplazamiento y por lo tanto la anomalía, en su conjunto, no es el mismo en ambas caderas.

Comprobado por la autopsia, es cierto que algunos niños nacen con la cadera luxada, pero según Lance, este hecho es raro; precisa preguntarse si el desplazamiento femoral es debido a maniobras obstétricas. A juicio del mismo autor, si por los movimientos imprimidos a los miembros del feto a través del canal genital, se luxa la cadera, es que había un defecto congénito que ya la hacía fácilmente «luxable», y a este propósito conviene señalar que muchos niños afectados de la deformidad que nos ocupa, han nacido con presentación de nalgas.

Sin existir verdadera luxación, se pueden encontrar lesiones de distrofia que serán la causa nece-

saria pero no suficiente, por ella sola, de la deformidad, si no hay, también, señales de hipoplasia regional, paro de desarrollo o un retardo. Pero existe algo más en esta distrofia congénita que un simple paro de desarrollo y la prueba de ello está en la acentuación de las lesiones óseas, acentuación que continúa produciéndose aun después de la reducción correcta de la luxación y a despecho de su buena contención en la cavidad cotiloidea.

Las lesiones son de dos clases: primitivas, que traducen la malformación congénita, y secundarias.

a) Primitivas: el fémur es delgado, más transparente a los rayos X; cuello corto, no obstante la posición en anteversión. Aplasia del nódulo epifisario, que es pequeño comparado con el del lado sano, reducido, a veces, a la mitad de su tamaño y colocado sobre el vértice del cuello, como si «fuera un punto sobre la letra *i*», según expresión gráfica de Lorenz.

b) Lesiones secundarias: serán efecto de la maleabilidad que hemos señalado y bajo la influencia de la sobrecarga, tonicidad muscular, actuando sobre el elemento óseo en posición anormal. Anteversión del cuello, cabeza en anteversión ya que la diáfisis no está en rotación externa, pues el pie no está desviado hacia afuera; pie y

rodilla normalmente orientados, es tan sólo la cabeza femoral que mira demasiado hacia adelante, razón por la cual, en una radiografía frontal el cuello aparece rectilíneo por debajo de la cabeza, viéndosele acortado y «como en fuga». Vemos, más tarde, la coxavalga, como secuela secundaria. Alteraciones masivas de la cabeza del fémur, sobre todo en las personas entradas en años, la típica «figura de tope de vagón de tren»; a veces, cabeza horadada y delgada cuyo extremo superior semeja «un espárrago», como dice Lance, y aun en ciertos casos apenas se percibe. El ilíaco: más delgado o sea atrofiado, como estrechado y sobre todo el ala ilíaca —como ya señalaba Lannelongue— especialmente aplásica. Las lesiones más importantes en el cotilo: su aplanamiento en lugar de remedar, en su forma normal, «una taza» parece mejor, por su poco fondo «un plato llano». Falta el «talus» cotiloideo o sea el reborde en la parte superior de la ceja. Cavidad cotiloidea poco profunda que se pierde, por lo tanto, en pendiente suave falta de reborde por arriba, por lo cual la cabeza del fémur no hallando resistencia se desliza y se desplaza.

Partes blandas. — La cápsula se estira, se alarga, el mismo ligamento redondo se deja distender enormemente antes de romperse, cosa esta última que sólo ocurre en aquellos casos de grandes des-

plazamientos de la cabeza. Los músculos, los insertados en la extremidad superior del fémur, se adaptan al nuevo estado de relaciones óseas y no presentan lesiones inflamatorias, ni esclerosas ni paralíticas. Están, eso sí, más o menos atrofiados, pero son normales.

La luxación establecida. — Dos líneas, una horizontal, que pasa por el centro y otra vertical, tangente al borde externo, nos señalan la posición de la cabeza femoral, según esté más o menos desplazada y por lo tanto luxada o subluxada.

Con respecto a la interpretación de los defectos anatómicos, debemos recordar que en la cadera malformada pueden haber lesiones secundarias, pero conviene señalar una que no tiene el carácter de tal, sino que es primitiva y es la ausencia de «talus» cotiloideo hacia arriba y atrás. De haber existido este «talus», la cabeza femoral no se hubiese desplazado. Dicha lesión representa el primordial defecto anatómico y realmente congénito de las caderas luxadas.

¿Por qué este paro de desarrollo? A ello contesta aquella gran figura de la Ortopedia Infantil francesa, Louis Ombredanne: hay una noción de anatomía general sólidamente aceptada que nos dice: «que en el curso del desarrollo del individuo, las adquisiciones ontogénicas se hacen en el mismo or-

den cronológico que las adquisiciones filogénicas». Vemos cómo los animales superiores, los monos antropoides andan con el fémur muy flexionado sobre el hueso ilíaco, permaneciendo en esta actitud durante toda su vida, o sea en una flexión más acentuada que el ángulo recto, y ésta es, también, la actitud de la especie humana durante la vida intrauterina. En aquellos animales, la cabeza femoral se apoyará, pues, sobre lo que en anatomía se llama parte posterior e inferior del cotilo en donde existe, de otra parte, un tope óseo resistente. Así desde que el hombre se ha habituado a la estación vertical, a la actitud «homo erectus», ha debido adquirir en la parte superior del cotilo un «tope» resistente para respaldar la cabeza femoral y justamente esta «butée» es la última diferencia en la serie filogénica. Casi seguro —como dice Lance— que es la última adquisición fetal en el curso de la vida intrauterina.

Si un paro o un retardo de desarrollo recaen sobre el hueso ilíaco, sin duda alguna afectará a dicho elemento de apoyo, traducéndose, por lo tanto, en una ausencia del «tope» superior del reborde cotiloideo y entonces el niño nacerá con lo que esencialmente se llama «un defecto anatómico de la cadera luxable». Dicho sea de paso que estas constataciones no nos explican la mayor frecuencia de la luxación congénita de cadera en

las niñas, a menos de admitir, sin prueba y tan sólo como hecho de observación, la aparición más tardía del «tope» cotiloideo en el sexo femenino.

El niño puede venir al mundo con este paro de desarrollo distrófico, más o menos pronunciado, el cual constituye el factor anatómico indispensable para la producción de la luxación congénita de cadera. ¿Cuándo y cómo esta cadera malformada se convierte en cadera luxada?

Le Damany, tras una larga encuesta ha podido concluir que la deformidad no se encuentra en las razas negras (puede haber alguna excepción —decimos nosotros—) y de modo general tampoco es frecuente en los pueblos que llevan una vida primitiva o atrasada. Ha señalado dicho autor un factor etnológico en la génesis de la deformidad. Las razas negras no están exentas de otras deformidades congénitas, hernias umbilicales, por ejemplo, y según ello pueden presentar, también, los paros de desarrollo que conocemos, pero lo que ocurre es que los niños de estas razas pueden nacer con las caderas predispuestas, en algunos casos y, sin embargo, no se luxan por lo que vamos a decir: el feto, durante la vida intrauterina, ha vivido con los muslos flexionados sobre el abdomen en una actitud más próxima a la de «la rana» que a la del «homo erectus». En el momento del nacimiento, ocurre

que en los pueblos civilizados se apresuran a estirar las piernas del recién nacido, se le envuelve rectilíneamente en sus pañales y a cada «toilette» se repite la misma actitud «erectus», si bien hay que reconocer que actualmente se deja al recién nacido con mayor libertad de movimientos que años atrás.

¿Qué sucede, anatómicamente, cuando de una manera brusca se pasa de la actitud «rana» a la actitud «erectus»? El factor anatómico necesario a la luxación es la aplasia del rodete cotiloideo, pero la causa determinante que transforma la cadera luxable en cadera luxada, es el movimiento de descenso de la palanca femoral cuyo punto de apoyo se desliza, «se escurre», por así decirlo, si primitivamente ya está mal «contenido». Si esta causa determinante no existe, como ocurre con las razas menos civilizadas, no hay luxación. En estos pueblos ninguna nodriza, chacha o «nurse», impide al bebé mantener los muslos flexionados. La madre lleva al pequeño libremente envuelto en una sencilla tela, y más tarde cabalgando sobre sus lomos, siempre con los muslos doblados, por lo cual durante este tiempo se completa el desarrollo: el cotilo del pequeño adquiere su reborde eficaz, en una palabra aquel «plato» que decíamos se va convirtiendo, poco a poco, sin carga alguna, en una verdadera «taza», y cuando el niño, abandonado a sus propios movimientos, se le-

vanta progresivamente, su reborde cotiloideo ha adquirido ya la altura necesaria para resistir la acción de los músculos excéntricos.

Considerando estos puntos, Ombredanne va más allá en sus explicaciones patogénicas, y nos dice: «Cuando la cabeza, no apoyada o retenida, se escapa hacia arriba, parece que no queda inmóvil, sino que va y viene, entrando quizás en el cotilo cuando las piernas, mejor dicho los muslos, se doblan; por lo tanto, rozando, frotando por así decirlo, «traza su pista», simil muy acertado del gran cirujano francés, y esta especie de erosión acaba de completar el ensanchamiento del borde superior del cotilo, dándole forma de «plato» o «escudilla», deformación preparada ya por el antes mencionado defecto anatómico. Por lo tanto, en las razas blancas, los hábitos sociales pueden determinar la luxación de aquellas caderas —de por sí luxables— cuando el niño pasa demasiado aprisa o violentamente de la «actitud flexión» a la «actitud erecta».

Si bien la explicación no deja de ser ingeniosa, hemos de reconocer que también tiene sus fallas, pero de todos modos nos incita a seguir más rectamente en la obra profiláctica que a todos nos incumbe y de una manera especial a los pediatras. En este sentido es admirable, como luego veremos, la lucha contra la deformidad que nos ocupa emprendida de unos años a

esta parte por el profesor Ortolani, de Ferrara (Italia).

Comentarios al diagnóstico y tratamiento de la luxación de cadera

Una estadística del Instituto Rizzoli fijaba en 95 % la proporción de éxitos en ciento once casos tratados en el primer año de la vida, lo cual evidencia, sobradamente, la gran importancia del diagnóstico precoz de la deformidad. Así lo refiere el citado profesor Ortolani de Ferrara en su interesante Monografía «La lussazione congenita dell'anca. Nuovi criteri diagnostici e profilattico correttivi». Insiste, el autor, en que cualquier médico con un poco de adiestramiento y ejercicio puede descubrir la cadera «luxable» en los primeros días del recién nacido, a base de interpretar bien lo que él llama «segno del scatto», esto es, el síntoma del disparo, resorte o escape.

Este signo, aunque dista mucho de ser constante, cuando existe es patognomónico de la deformidad. La primera condición indispensable es que la cadera sea luxable, o sea que la cabeza femoral pueda salir y reingresar cómodamente en el cotilo durante la realización de los movimientos de aducción, abducción y los de rotación. Ha de ser una cadera inestable pero en modo alguno en actitud de luxación fija, pues tales maniobras de prue-

ba no podrían ejecutarse y, de otra parte, el diagnóstico sería indiscutible. De otra parte, se hace necesario que el cotilo sea realmente una cavidad en la que la cabeza del fémur pueda volver a entrar y salir, cuantas veces se repita la maniobra de «resalte o escapada». En los casos de luxación fija, la cabeza no puede volver a penetrar en el cotilo. En los otros casos en que la cavidad cotiloidea está apenas esbozada y se continúa, en casi toda su extensión con la superficie del hueso ilíaco, es evidente que no podrá obtener el signo de «resalte», ya que la ceja cotiloidea es prácticamente inexistente.

Técnica de la exploración de Ortolani. — *a)* Se cogen las piernas del pequeño por las rodillas, las cuales han de estar flexionadas sobre los muslos en un ángulo de 90° y los muslos, a su vez, doblados sobre la pelvis en idéntico ángulo.

b) Se colocan los pulgares del que explora en la superficie interna de ambos muslos, en tanto que los restantes dedos quedan colocados a la altura de la cara externa con los pulpejos apoyados sobre el trocanter mayor.

c) Ahora se llevan los muslos en aducción y rotación interna para hacer salir la cabeza femoral de la cavidad cotiloidea.

d) A continuación se llevan, lentamente, los muslos en abduc-

ción y rotación externa, ejerciendo al propio tiempo una doble presión: la una según el eje del fémur y la otra sobre el trocánter mayor, como centro de giro, hacia arriba y hacia adelante, de tal manera que se consiga reintroducir la cabeza femoral en el cotilo.

La sensación de «resalte» se deja sentir durante la reducción y, sobre todo, durante la relajación. Se trata de una sensación tanto táctil como auditiva, y se aconseja explorar el fenómeno en las dos caderas colocadas simétricamente para, posteriormente, explorarlo por separado en cada una de las dos articulaciones, habiendo de permanecer siempre el niño acostado sobre la espalda y en un plano duro al objeto de que la pelvis quede bien apoyada. El signo de «resalte» no permanece positivo demasiado tiempo; en términos generales se puede decir que desaparece a los dos meses e incluso antes, ya que no tarda en ocasionarse una hipertonía de los aductores del muslo que impedirá el que se pueda reducir la luxación. Esta hipertonía de los aductores provocará, hacia el segundo o tercer mes, la aparición de un segundo «signo de alarma» cual es la limitación de la abducción. Existen otros fenómenos de menos importancia, pero que tienen su utilidad para sospechar la malformación congénita, como son la asimetría de los trocánteres, acortamiento del miembro afecto, que se pone en eviden-

cia comparando la altura de ambas rodillas, mientras los muslos estén flexionados, la asimetría de los pliegues cutáneos de la cara interna de los muslos, de los inguinales y de los glúteos. Todos ellos, principalmente los dos primeros, no se encontrarán más que en caso de que la deformidad sea unilateral.

Esta maniobra que, a buen decir, poco se diferencia de la ideada por Putti y Lorenz para reducir la luxación, no es dolorosa ni difícil de practicar cuando los músculos no están contracturados. Al pensar de Ortolani, su signo «del scotto» es el único verdaderamente patognomónico de la displasia congénita de cadera o estado preparatorio de la luxación, y sustituye, por ello la exploración radiográfica, lo cual, según nuestra modesta opinión, es mucho decir.

Este diagnóstico precoz es el que debiera hacerse en los Servicios de Puericultura, y quizás antes, en los mismos de Obstetricia; de ahí que hayamos dado cierta extensión a su técnica clínica, aplicada en los primeros días de la vida del niño. Los signos radiográficos en este período del recién nacido, con toda la gama e ingeniosidad de las medidas angulares descritas por varios autores, son de escasa utilidad práctica. Hay que aguardar unos quince días, por lo menos, para sacar provecho de aquéllas, sabiendo que el lapso de tiempo no es demasiado largo si se toma la precaución de mantener en abduc-

ción los muslos del pequeño en cuantas ocasiones haya que enfiarlo.

Siguen siendo clásicos los signos radiográficos descritos por Lorenz y Putti:

a) Oblicuidad anormal del techo del cotilo, cuya certeza se obtiene midiendo la amplitud del denominado «ángulo acetabular», o sea el formado por la horizontal que pasa por los cartílagos en Y y la línea oblicua del techo. Está sujeto a muchas variaciones, pero su aumento patológico salta a la vista (no debe pasar de 30º a 40º). Lo importante es la forma y textura ósea del reborde cotiloideo, que cuando se manifiesta blando, erosionado o demasiado redondeado, indica entonces displasia.

b) Separación anormal de las cabezas femorales. Perkins señala que la línea vertical, que pasa por la espina iliaca anteroinferior debe cortar al trocánter menor en las caderas normales.

c) Ascenso del fémur, admitiéndose, en términos generales para esta medida, que cuando la cabeza del fémur se halla a menos de seis milímetros de la línea horizontal que pasa por los cartílagos en Y existe una elevación anormal del fémur.

d) Radiografía en posición de H. von Rosen: Se coloca al niño en decúbito ventral con los muslos en rotación interna máxima y en una abducción de 45º. En la cadera normal, las líneas que pasan

por el eje de las diáfisis deben cruzar la pelvis pasando por el acetabulum. En las caderas patológicas, dicha línea queda más alta y pasa casi por la espina iliaca anterosuperior. Tales son los signos radiológicos que se investigan con precisión en los Servicios de Ortolani de Ferrara y de Willy Tailard en Ginebra, en las respectivas Clínicas Universitarias de Pediatría.

Cuando el niño subluxado o luxado es llevado al especialista, el diagnóstico ya no ofrece duda alguna: sus caídas frecuentes, su claudicación o cojera unilateral o su «marcha de pato» cuando la afección es doble, la ensilladura lumbar, la palpable ausencia de la cabeza o cabezas femorales, en la región inguinal, etc., etc., son los clásicos signos que todos conocemos. Sobra decir que radiográficamente hoy día cualquier pediatra y no digamos ortopeda, distingue perfectamente los diversos grados de subluxación, sin confusión posible como antes era frecuente, con otros procesos que también afectan la morfología y estructura de la cadera: osteomielitis, coxitis, Perthes, epifisiólisis, coxa-vara o coxa plana, poliomiélitis, etc. etc.

Antes de pasar al comentario del tratamiento, digamos algunas palabras sobre el *Diagnóstico artrográfico de la luxación congénita de cadera*. Para algunos autores la artrografía no ofrece peligro de ninguna clase; para otros, su em-

pleo debe restringirse por las secuelas perjudiciales que puede acarrear.

Michel Salmon afirma que no ve peligro «vital», como los que refieren intoxicaciones graves yodadas, observadas por algunos cirujanos. En cambio, ha podido constatar accidentes locales: «despulimiento» de la cabeza femoral con pequeñas zonas lacunares a nivel del cartílago; fibrosis periarticular y muscular debida a la salida del producto de contraste a través del orificio capsular en el momento de sacar la aguja. Esta fibrosis se comprobó con motivo de una intervención tardía, en tanto que las zonas lacunares antes mencionadas fueron observadas con motivo de intervenciones precoces.

El Profesor M. Fevre, del Hôpital des Enfants Malades de París ha observado en una niña luxada, a la cual se le hizo artrografía para diagnóstico, «una parálisis del crural» que pudo resolverse a los siete meses de tratamiento, y en otro caso artroografiado también, descubrió una gran atrofia de la cabeza femoral que persistió hasta cuatro años más tarde. Por lo cual se deduce que no se puede hablar de una total inocuidad de dicho método diagnóstico; nosotros advertimos que en la praxis privada carecemos de experiencia sobre el mismo. Tales accidentes han llevado a Salmon a las siguientes conclusiones con respecto a la artrografía, sobre su técnica e indi-

caciones: a) empleo de *Tenebryl* al 20 %, menos nocivo que la solución al 35 % anteriormente usada.

b) *Renunciar a la artrografía en el lactante*: cartílago frágil, artrografía inútil.

c) *Nada de artrografía en el niño mayor*; la distocia de los elementos esqueléticos iguala a la de las partes blandas. Hacer buenos clisés en rotación interna y externa; con ello basta.

d) *Artrografía indispensable entre los 15 meses y los 4 ó 5 años*; a esta edad es preciso tener una idea exacta de la distocia de las partes blandas.

e) *Finalmente, artrografía ejecutada bajo control escópico y de muy corta duración*. Dejándome llevar del «ardoroso» entusiasmo de mi maestro el Profesor Leveuf por las artrografías, llegué a escribir más de una vez que «siempre era imprescindible y necesario» practicar artrografías antes de reducir una luxación congénita de cadera. «De un tiempo acá, hago las salvedades ahora expuestas». Son palabras del mismo Salmon en su interesante trabajo «Les résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche avant cinq ans», publicado en la «Revue de Chirurgie Orthopédie Française», tomo 41, número 2. Por considerarlo de interés práctico si-gamos glosando un poco el trabajo de este autor que tan bien ha interpretado, en su justo valor, las

imágenes artrográficas de la luxación congénita de la cadera.

Con muy buen acierto, nos advierte de las asechanzas que nos ofrece, en algunos casos, dicha interpretación.

El artrograma tal como se ejecuta habitualmente, es una *imagen de superficie*, mientras que lo que importa en la distocia de las partes blandas es el *volumen* de la cavidad articular, cuya imagen en superficie se traduce por una *superposición de sombras chinescas* que de ningún modo responden a la realidad. La cápsula viene a ser como un manguito que se tuerce, se arrolla, se deforma, se pliega, se aplana, se ensancha, según la posición de la epífisis femoral, en rotación externa o interna, etc.; por lo tanto, las deformaciones capsulares son sobre todo señales a nivel del istmo. Toda la evolución del tratamiento que nos ocupa gravita alrededor del istmo, que es siempre el mayor obstáculo a la reducción, ya que el «limbus» remonta, el pulvinar se moldea y el ligamento redondo se lamina si la cabeza consigue franquear el cuello ístmico. Además, según se describe en la «Thèse de Lavaurs», la imagen de la cápsula varía *en función de la presión del líquido inyectado* por un fenómeno de «despliegue». Se podría practicar —dice Salmon— para subsanar estos inconvenientes, una «artrografía de perfil y una tomografía artrográfica», pero el resultado de la

primera sería ilegible por la proyección de las sombras que velarían el contorno del istmo. Resumiendo: en la artrografía precisa tener presente la presión del líquido inyectado de una parte, y de otra, conviene utilizar los datos que se obtienen practicando varios clisés en distintas posiciones. El factor más importante, en definitiva, es el desdoblamiento, el despliegue, en suma, el *ensanchamiento del istmo* durante la toma de estos clisés, obteniéndose así una idea exacta de las dimensiones «pasillo» ístmico. Según tales observaciones artrográficas, existe, con pocas excepciones, una cierta concordancia entre el ascenso de la cabeza femoral y la morfología de la cápsula, pudiéndose clasificar las malformaciones de la cadera en relación al *estado del istmo ancho = subluxación; istmo estrecho = luxación; istmo mediano = forma intermedia*. Las formas intermedias las trata Salmon como las subluxaciones, ya que el istmo que no está demasiado estrechado generalmente se despliega bajo la presión-empuje de la cabeza. Conviene no olvidar un detalle: el estrechamiento del istmo no existe ni al nacer ni en el niño pequeño; aparece con la edad y en ocasión de la marcha. Artrografías practicadas en un mismo niño no tratado, hacia los seis meses y hacia los dos años, lo han demostrado. De donde, consecuencia práctica, *nada de artrografías en*

el lactante; reducir, eso sí, la deformidad lo antes posible.

A la vista de las numerosas artrografías que pueden examinarse en la antes citada «Thèse de Lavaurs et Sedat», concluye Salmon resumiendo su experiencia personal en la materia: *sólo cuenta el aspecto del istmo en la posición de rotación interna o externa y en posición de reducción. Si la imagen del istmo se ensancha, recurrir al tratamiento ortopédico. Si la imagen del istmo queda fija, sin modificación, el tratamiento ortopédico está abocado al fracaso, ocasionando desastres a consecuencia de la interposición capsular (falsa reducción).*

En la Clínica de Cirugía Infantil y Ortopedia de Lyon, bajo la dirección del Profesor M. Guilleminet, y en colaboración con P. Stagnara y L. Bertrand, se ha publicado un valioso trabajo de revisión a largo plazo sobre el tratamiento de la luxación congénita de cadera, en los dos aspectos, incruento y cruento, a la luz de los exámenes artrográficos. El método conservador —dice el Profesor Guilleminet— ha sufrido, estos últimos años, furiosos embates de parte de los intervencionistas cruentos a ultranza, basándose éstos en los malos resultados de aquel a largo plazo; se proponen técnicas nuevas, es cierto, cuyos resultados radiográficos, a primera vista, parecen satisfactorios, pero a la hora presente no podemos decir, since-

ramente, que estos mismos casos intervenidos quirúrgicamente, controlados a largo tiempo disfruten de caderas constantemente de buena calidad. La artrografía debidamente practicada nos facilita datos preciosos para seguir las diversas fases no sólo de la evolución y darnos cuenta, además, de unos datos bastante aproximados del pronóstico, sino también nos ilustra sobre las modificaciones que en el curso del tratamiento se manifiestan en la cabeza y en cotilo. Conste, sin embargo, y así lo creemos nosotros, que la artrografía *no es indispensable* para llevar a cabo, correctamente, *el tratamiento conservador*, a condición, claro está, de que *una larga práctica de lectura de radiografías* de dicha deformidad permita imaginar lo que la artrografía pone en evidencia. Y, añade Guilleminet, las apasionadas indicaciones quirúrgicas de Leveuf y Bertrand sobre la luxación congénita de la cadera, nos parecen demasiado sistematizadas a la luz, precisamente, de nuestros exámenes artrográficos. Rehabilitamos, pues, el tratamiento ortopédico, manejado, claro está, por manos expertas y a condición de que cada paciente sea examinado, reducido, artroografiado, escayolado y controlado por el mismo cirujano. De esta manera, los posibles fracasos del método conservador quedan reducidos a la mínima expresión.

Otro dato importante por la ar-

trografía, se refiere a los fenómenos de alteración de la cabeza femoral reducida, comúnmente llamados «ósteocondritis». Las imágenes radiográficas de fragmentación, reabsorción y rarefacción del nódulo óseo son bien conocidas, pero sus consecuencias en el orden práctico se detallan mejor con la artrografía. La cadera osteocondrítica cuando está «reducida» no presenta deformación grave de la esfera cartilaginosa; por el contrario, cuando la ósteocondritis afecta una cadera que no ha hecho lo que en términos artrográficos se llama «el salto del limbo», o sea «no está reducida», asistimos a un aplanamiento de la esfera femoral, frecuentemente con «doble labio» en el borde inferior, lo cual impide vencer el obstáculo capsular y hace difícil una reposición «cruenta», hasta el punto de que en algunos casos apenas se puede encontrar una superficie para crear un cotilo entre el borde anterior de la pelvis y la gran escotadura ciática.

Tratamiento profiláctico de la cadera que tiende a luxarse.
Cadera luxable

Es este un punto muy interesante y de gran actualidad, cuya solución representa un gran avance en la lucha contra esta deformidad que en algunos países, como hemos señalado antes, constituye un problema social no despreciable.

Obtenido el diagnóstico de la deformidad después del nacimiento, cualquier procedimiento que impida la aducción de la cadera, constituye un precioso medio profiláctico, suficiente en la mayoría de los casos para evitar que la «displasia descubierta» *precozmente* progrese con el tiempo, hasta convertirse en una subluxación o en una verdadera luxación.

En el Servicio Profiláctico de Ortolani, de Ferrara, aplican a tal fin una almohadilla esférica, semi-esférica o elíptica revestida de tela impermeable entre los dos muslos del pequeño, sistema simple y práctico que se ajusta a las normas de recuperación funcional, ya que permite la movilidad de las articulaciones próximas e incluso estimula, indirectamente, la formación del cotilo. Lo que importa es mantener la flexión-abducción de las rodillas del lactante. La radiografía cada mes, al principio, nos dará la pauta de duración de este tratamiento profiláctico, válido, tan sólo, en la displasia, pues en los casos de subluxación, por leve que sea, debemos practicar la introducción o sea la reducción de la cabeza femoral, más o menos desplazada y bajo anestesia, claro está. Solucionada la displasia, esto es, reconstruida la cotiloides, podemos sustituir la almohadilla por un «horcate» o férula doble de abducción de Denis-Browne, de Michel, o de Hohmann, que con los nombres de distintos autores o mo-

dificadores figuran en el arsenal ortopédico, cumpliendo todas ellas el fin primordial de la abducción.

Técnica clásica. — La que empleamos nosotros, tanto en la subluxación como en la luxación completa, en los primeros años de la vida del niño, técnica que tuvimos el honor de aprender y practicar con su inventor y divulgador, el gran maestro vienés Adolf Lorenz. Al recordarle le tributamos un íntimo homenaje, tan válido hoy en día en que las jóvenes generaciones ortopédicas apenas saben nada de él, ya que todo o casi todo les viene deslumbrado por las escuelas inglesas o americanas cuyos métodos son, en gran parte, remedo de lo que en Austria y Alemania se hizo durante y después de la primera Guerra Mundial. Quien haya presenciado aquella habilidad, precisión y elegancia en reducir las luxaciones congénitas de cadera controladas sólo radiográficamente, —ni falta que le hacía al gran maestro la artrografía— nunca podrá olvidar aquellas provechosas sesiones clínicas en el «Ambulatorium del Allgemeines Krankenhaus de Viena», que tanto contribuyeron a difundir los éxitos del método conservador por todo el mundo.

La técnica de la reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera, según Lorenz, se basa en las dos indicaciones principales que son: *reducir* y *contener*, o sea, llevar la cabeza femoral a ponerse

en contacto con el cotilo y mantenerla dentro de la cavidad cotiloidea.

Sigamos al Prof. Julius Hass, íntimo colaborador que fue del gran maestro en Viena, en la descripción del método: la entrada de la cabeza en la cavidad se verifica por el borde cotiloideo posterior y se divide en tres tiempos: 1.º, el pequeño paciente, bajo completa narcosis, descansando la pelvis sobre un paño doblado, un ayudante sostiene con las dos manos puestas una sobre otra, la pelvis del niño, aplicándola por presión sobre la mesa operatoria (la clásica mesa de madera para esta clase de manipulaciones ortopédicas).

El operador toma con una mano la parte distal del muslo que se encuentra ligeramente en rotación interna, mientras con los dedos de la otra sigue el movimiento del trocanter. Se flexiona el muslo al máximo, hasta que su cara anterior llegue a tocar el vientre del pequeño. Esta maniobra relaja, principalmente, los músculos flexores y obliga a la cabeza del fémur a descender siguiendo el borde posterior del cotilo, para lo cual el trocanter sirve como centro de rotación.

2.º Se lleva entonces el muslo a una posición de abducción moderada, por medio de un movimiento de rotación externa combinado con un movimiento de abducción en arco que, de la flexión sagital, lo conduzca a una abducción frontal

en ángulo recto. De esta manera se acerca la cabeza femoral a la ceja cotoidea posterior y se arrima íntimamente a este borde.

3.º Aumentando entonces lenta y gradualmente la abducción frontal por una tracción enérgica en la dirección longitudinal del muslo y por la presión hacia abajo del mismo, en sentido de la hiperextensión (con suma prudencia, esta maniobra), se imprime al trocánter, con la mano que se encuentra sobre el mismo, una enérgica contrapresión hacia arriba, la cual obliga a la cabeza femoral a saltar por encima de la ceja cotoidea, terminando así la reducción.

Comprobada ésta por los signos clínicos: «fenomen», palpación, estabilidad, etc., se hace la radiografía y, según ella, se aplica el vendaje escayolado en la actitud de «rana» más o menos exagerada a tenor de lo que reclame el buen mantenimiento de la luxación reducida.

El momento de la reducción se nota por el resalte visible y audible, debido al paso de la cabeza del fémur sobre el escalón que forma la ceja cotoidea y la inmediata y súbita entrada o «caída» de la misma en la cavidad donde se queda quieta. Además del resalte, se nota la desaparición del pliegue profundo de la región inguinal, palpándose la cabeza en su sitio normal por debajo del punto medio de dicho pliegue, como una prominencia visible, y colocando el pulgar

encima de la cabeza del fémur se comprueba que sigue los movimientos de rotación del muslo. Hay que repetir la maniobra de relajar y volver a reducir para asegurarnos de la realidad del resultado. Esta segunda reducción —dice J. Hass— se obtiene con extraordinaria facilidad si la primera vez ya se había obtenido por completo y el llamado «fenomen» se repite nuevamente.

Si la estabilidad primera, siempre más precaria que la obtenida en la reducción de una luxación traumática de cadera, es muy débil, podemos aumentarla por la enérgica hiperextensión del muslo, la cual suprime la tensión de los aductores en favor de los demás grupos musculares. Con ello se consigue, también, el estiramiento de la cápsula retraída en su parte anterior y una más profunda penetración de la cabeza dentro del cotilo. Las dificultades de la reducción pueden ser: resistencia de los músculos que están acortados, pero la miorexis resuelve esta dificultad. Los obstáculos de la cápsula, con la interposición del istmo, son más difíciles de superar, pero es raro que impidan en absoluto la reducción si se sigue la técnica de Lorenz en sus más mínimos detalles. Únicamente cuando la cabeza está luxada en posición muy alta nos encontramos con que el istmo se ha hecho tan angosto, como para impedir el paso de la cabeza, y entonces si todavía ésta, penetra

en la cavidad, puede ser una pseudo-reducción. La práctica nos enseña, que una suavidad al paso del borde cotiloideo, o sea la ausencia del «fenomen», significa la existencia de una interposición capsular.

Las dificultades de orden esquelético son de poca importancia frente a los obstáculos que originan las partes blandas. La dificultad del borde cotiloideo no es nunca invencible, y ofrece, de otra parte, buenas probabilidades para que la reducción se mantenga. Ya decía Lorenz: *cuanto mayor es el obstáculo, más seguro es el éxito.*

La extensión con el tornillo de Lorenz, la reducción por medio de la cuña introducida debajo del trocánter, la reducción pasando por encima del borde cotiloideo inferior, etc., etc., son ligeras variantes para los casos en que las maniobras clásicas no logran alcanzar el objetivo final.

Tiempo de inmovilización. — De dos a tres meses, en la primera posición; dos meses en la segunda, y después, si son pequeños, se les deja en completa movilidad en la cama para que, bajo la vigilancia de la madre o persona encargada, ejecuten libremente los movimientos, menos el apoyarse, hasta dentro de un par de meses más. Se aplica por las noches y algunas horas durante el día, una férula de abducción o un cinturón pélvico tipo Hohmann. Control radiográfico cada dos meses, al princi-

pio y luego cada tres, durante unos años, espaciándolos cada vez más según se observe en los resultados. En el período de recuperación pueden aplicarse sesiones de masajes, bajo el estricto control del ortopédico, y también son útiles las corrientes galvanofarádicas para el reforzamiento de los músculos.

Finalmente, para dar una idea del criterio que actualmente predomina en algunos Servicios Ortopédicos de Europa sobre la bondad del método conservador en la reducción de la luxación congénita de la cadera, transcribimos las siguientes notas, vividas, parte de ellas, por nosotros durante nuestras estancias en dichas Clínicas, y otras que nos han sido proporcionadas por colegas amigos que han respondido a nuestra petición de datos.

Lucien Michel, antiguo Asistente y Jefe de Clínica de Lyon, sigue empleando el método de Lorenz, y examinando más de doscientas radiografías de «revisión» de casos tratados por él y presentadas en uno de los últimos Congresos franceses de Cirugía Ortopédica, deduce que el verdadero nudo gordiano del problema estriba en el nódulo epifisario, más que en la cotiloides, la cual se reconstruye casi totalmente en la mayoría de los casos. Como veremos en nuestras radiografías, no hay acuerdo total en esta afirmación tan categórica de Michel.

Ingerlans, de Lille, afirma que

la reducción quirúrgica proporciona unos resultados más mediocres que la reducción incruenta, aconsejando que en aquellos casos en que no hay otra solución que la cruenta se empleen técnicas lo más sencillas posibles, tal como aconsejaba siempre el eminente ortopédico italiano Putti. En la encuesta procedente del Servicio del Prof. Fevre, de París, se demuestra que bajo el punto de vista funcional, sobre 60 casos controlados por Jean Judet y A. Arviset, tratados ortopédicamente, y en 38 quirúrgicamente, la movilidad articular alcanzada es más amplia en aquellos casos tratados por el método clásico de Lorenz.

En el pasado mes de noviembre tuvimos el honor de presentar este trabajo en la cátedra del citado Profesor Marcel Févre, de París, teniendo la satisfacción de comprobar la más absoluta coincidencia con nuestro criterio «incruento», señalando, una vez más, dicho profesor los escollos de uno y otro método e insistiendo en la necesidad del diagnóstico precoz en el recién nacido y su tratamiento inmediato como verdadera garantía de una curación integral.

Sobre la aparición de la osteocondritis, que algunos autores imputan al método incruento, hemos de reconocer, y casi todos estamos de acuerdo en ello, que la aparición de esta enojosa secuela no siempre coincide en el lado reducido, sino en la cadera sana, hecho que con

razón nota Fevre, para no dar demasiada importancia a esta complicación que los detractores de la reducción incruenta afirman no haber observado en la reducción cruenta. Queremos decir no darle importancia en cuanto sólo se manifieste cuando empleamos el método de Lorenz, cosa que no es del todo cierta, pues su aparición es muy caprichosa —como dice Lance—, y también se ha observado, en un porcentaje no despreciable, en los casos operados, con una evolución mucho más complicada, de donde se infiere que las ganancias operatorias obtenidas no son para entusiasmar demasiado. La prolongación del escayolado inmovilizador, se ha dicho, es la causa de la epifisitis, pero ¿y cuando se presenta en el lado opuesto que no ha sido inmovilizado? Todavía se cierne relativa oscuridad en la patogenia de esta desagradable y frecuente complicación. La mayoría de los cirujanos ortopédicos se mantienen fieles a los métodos clásicos conservadores. La reducción cruenta no entraña, desde luego, hoy día, peligro vital, pero los resultados dependen esencialmente de la naturaleza de los obstáculos anatómicos. Si éstos estriban en complicaciones fibrosas capsulares o intraarticulares, quedan superados, pero cuando se trata de retracciones musculares o de incongruencias entre cabeza y cotilo, la intervención quirúrgica se revela poco

eficaz, al decir de la escuela vienesa.

Tengamos presente que un tratamiento ortopédico bien conducido no excluye las intervenciones cruentas complementarias dirigidas a perfeccionar y consolidar el resultado que se haya obtenido, como son: osteotomías de desrotación, cierre del ángulo cervicodifisario, tope osteoplástico, exéresis de la zona osteocondrítica del techo, etc., etc., pero entrar de buen comienzo empleando el método operatorio, no es —repítamoslo una vez más— garantía de éxito final, pues hemos de reconocer, a tenor de los hechos clínicos, que las reposiciones cruentas no ofrecen una regularidad suficiente en los mismos resultados funcionales para que se las *pueda preferir deliberadamente* al clásico tratamiento ortopédico. Cada cadera luxada —dice Lance— tiene un genio particular dentro de la lógica general de la malformación, lo cual imprime un carácter, con frecuencia imprevisible, a su ulterior evolución.

De cuanto llevamos dicho, observado por nosotros dentro de nuestra pequeña experiencia avalada por los trabajos y encuestas de los grandes Servicios, se deduce que todos los cirujanos ortopédicos, en colaboración con los tocólogos y pediatras, hemos de extender y propagar el tratamiento «precoz», tal como se hace en Italia por Ortolani, aplicado en los primeros

días o semanas del recién nacido, con lo cual las garantías de éxito son casi absolutas.

Nunca empezar por el tratamiento quirúrgico; sólo tiene aplicación, y en la edad adecuada, cuando ha fracasado el ortopédico.

El día en que *todos lleguemos a despistar la tendencia a la subluxación o luxación de la cadera en los primeros días de la vida del niño, el tratamiento incruento de «emblée» sustituirá, por completo, al tratamiento cruento.* Se trata, pues, en realidad de un problema de diagnóstico más que de terapéutica. No se olvide que una cadera intervenida quirúrgicamente, siempre será una cadera frágil y débil durante toda la vida, debido especialmente a las complicaciones artrósicas de la edad y de la marcha. Así lo ha proclamado, recientemente, el Profesor Bertrand, partidario, como hemos citado tantas veces en el curso de esta exposición del tratamiento quirúrgico, en una Reunión de la «Société Française d'Orthopédie», manifestando con toda sinceridad que la *intervención cruenta a ultranza debía desecharse en los primeros años, y que tenía unas indicaciones muy limitadas.*

Resumiendo, convengamos en que el tratamiento de la luxación congénita de cadera, sea ortopédicamente sea quirúrgicamente, ofrece no pocos escollos, pero, ¿cuál afección ortopédica está exenta de complicaciones en su terapéutica?

Cualquiera que sea y en cualquier edad, siempre se trata de un verdadero «toreo», es decir, paciencia, destreza, habilidad, constancia, sin decaer nunca el entusiasmo, para llegar en algunos casos a un resultado funcional cuando menos bueno.

¿Es que a la vista de los brotes coxátricos que a veces se presentan en el adulto afecto de antigua luxación congénita bien reducida, habiendo seguido todas las normas y consejos del ortopédico durante una serie de años, dejaremos de recomendar el tratamiento de esta deformidad? De ninguna manera, pues aparte de los años que haya podido beneficiar de la buena reducción, las secuelas que aparezcan en épocas ulteriores tienen actualmente remedios eficaces. Digamos, una vez más, que toda operación complementaria que nos veamos obligados a practicar a nuestro antiguo paciente, alero, osteotomía, «forage», etc., siempre será menos complicada en una cadera anteriormente reducida que en una cadera nunca tratada.

Como advertimos al principio de esta Comunicación, su valor, si lo tiene, estriba en la presentación clínica de estos datos, cuya evolución radiográfica podrán juzgar en la inmediata proyección de los clisés y película así como en el examen de algunos pacientes.

Presentamos trece casos, tratados y revividos, llevando, cuando menos, más de tres

años de curación, todos ellos controlados, con un promedio de ocho radiografías como mínimo. Tales casos, junto con los pacientes, fueron presentados, años atrás, en una de las sesiones científicas de la cátedra de Patología Quirúrgica del Profesor Arandes. Los colegas allí presentes pudieron examinar y comprobar los buenos resultados alcanzados.

De los 13 pacientes presentados, cuya edad oscila entre los 18 meses y los seis años, 9 pueden darse por curados, clínicamente hablando, ya que la luxación está reducida, se mantiene y proporciona una marcha que puede calificarse de normal, si bien en algunos de estos casos, las imágenes radiográficas no son totalmente normales, cosa que, de otra parte, la mayoría de los autores vienen observando de largo tiempo; esto es, puede darse «una marcha completamente normal y una imagen radiográfica de control con alguna ligera anomalía de forma o de posición».

1.º caso. — Pilar R. R., de Berga, vista por nosotros el 4 de junio de 1947 en nuestra consulta particular, refiriéndonos los padres que al empezar a andar se caía con frecuencia. En noviembre de 1946, hubo, al parecer, un intento de reducción que no dio resultado, limitándose el cirujano a aplicar un escayolado en posición de abducción; todo ello si hemos de dar fe a lo referido por los padres, pues no recuerdan haberla visto en la posición de «rana» — como luego dijeron a la nuestra— o sea la primera postura de Lorenz. Se puede decir que el supuesto tratamiento fue incompleto. Dada la edad de la niña y los antecedentes de haber andado tanto tiempo, nos decidimos por una extensión previa, según método de Hass, y al cabo de unos días, percatados del descenso de la cabeza femoral y bajo anestesia general, practicamos la reducción según las clásicas maniobras de Lorenz, dándonos un resultado excelente, no sólo inmediato, como se puede apreciar por las adjuntas radiográficas, si no también, tardío, como puede apreciarse por la marcha de la niña y la última radiografía de control. La chica salta, corre, separa las piernas, etc., etc., y los colegas se percatan de la realidad clínica.

2.º caso. — Josefina G., de 3 años, natural de Premiá de Mar (prov. Barcelona), vista el 13 de septiembre de 1951, con los antecedentes de siempre: marcha claudicante, caídas al andar y cansancio. Por la imagen radiográfica consideramos necesaria la previa extensión de unas dos semanas, tras la cual se logra una buena reducción, aplicando tres escayolados sucesivos de unos dos meses de duración cada uno. Las radiografías de control demuestran la buena posición de la cabeza femoral, confirmada con la marcha normal de la niña, como pueden comprobar ahora.

3.º caso. — Domingo S. C., de 8 meses de edad, natural de San Feliu de Codines, visto el 11 de mayo de 1951 por indicación de nuestro colega el doctor M. Miralbell Centena, el cual semanas antes ha tratado a este niño de un proceso agudo con temperatura alta y semibloqueo de la coxofemoral derecha en posición de flexión-abducción, resolviéndose el cuadro indicado mediante los antibióticos adecuados. El pediatra, al cabo de unos días le hizo una radiografía doble, observando el desplazamiento de la cabeza femoral derecha, o sea una verdadera luxación. Si era patológica o no, fue motivo de discusión científica, inclinándonos nosotros en considerarla como verdadera luxación congénita, ya que en las sucesivas radiografías nunca se pudo descubrir lesión ósea alguna, en la epífisis o en la ceja cotiloidea, como ocurre en las llamadas coxitis del lactante, por discretas o leves que sean y por mucho que los antibióticos modifiquen el cuadro anatómopatológico. Ahora bien, en este caso, bien interesante por cierto, hemos creído que hubo un proceso agudo, el cual facilitó el desplazamiento de la cabeza femoral en una cadera congénitamente displásica.

Desaparecido el cuadro agudo y debidamente preparado el lactante, se procedió a la reducción, bajo las normas clásicas de Lorenz, y se alcanzó después de laboriosas maniobras, combinando «las llaves de Lorenz» con la tracción «al cénit de Putti». Escayolados en la primera posición, seguidos de la posición de Lange, en la segunda y tercera, hasta llegar al momento de apoyar el niño, bajo el control seguido de radiografías cada tres meses.

Al controlar el segundo vendaje, observa-

mos que en la otra cadera podía admitirse una tendencia subluxante y para mayor seguridad, aplicamos el doble escayolado. Este hecho nos alarmó algo, pensando que nos hallábamos frente a un caso de displasia doble de cadera con todas las consecuencias y agravaciones que ello comporta para el éxito final, y así fue, en efecto, como se demuestra en las sucesivas radiografías y en la marcha del pequeño, de cinco años de edad (cuando su presentación en la Facultad de Medicina), marcha en ligera claudicación y discreta abducción. Las radiografías, en este momento ya presentaban leves señales de «ósteocondritis», lo cual hizo que extremásemos las precauciones, mediante aparato de descarga que evitara la carga directa sobre la cadera y procurando, en cambio, la máxima movilidad y ejercicios en la cama. Ni estas medidas terapéuticas, ni la recalificación y vitaminización intensas, fueron bastante a impedir la evolución del proceso «epifisitis», tal como puede comprobarse en las adjuntas radiografías. Tal caso parece dar la razón a los partidarios de la reducción cruenta a ultranza, pues ellos atribuyen esta complicación a la sucesión y duración de los escayolados... pero no todo ocurre de una manera tan simple, ya que autores antes citados, como Fevre, Judet, Lance P., Erlacher, señalan la aparición de la «epifisitis» en caderas no escayoladas, no luxadas; lo que se admite, en la práctica, es la aparición de los ósteocondritis en porcentaje más elevado en los casos tratados incruentamente, pero, como contrapartida, afirman ellos y nosotros, que cuando no se presenta la «epifisitis» la movilidad alcanzada con el método conservador es muy superior a la que pueda obtenerse con la intervención a cielo abierto. De ahí que, bien meditadas las cosas, seamos una gran mayoría los que continuamos fieles al método de Lorenz, señalando, una vez más, que en el último Congreso Nacional francés de Ortopedia y Traumatología, se abundó en el mismo criterio.

Referente al mismo caso, y meses después, decidimos corregir la mala actitud de la pierna afecta, corrigiendo la abducción y ligera flexión de la cadera, mediante tenotomía subcutánea del grupo flexor insertado en espina i.a.s., con lo cual mejoró notablemente la actitud viciosa, y radiográficamente notamos que la cabeza femoral se había

enfrentado más exactamente a la cotiloides, agrandada, claro está, por las lesiones de la ósteocondritis, y que en este periodo que comentamos, no lleva trazas de regresar. Nos guardamos mucho de aconsejar la carga directa durante varios meses, esperando la regresión del proceso o bien, si éste queda estacionario, practicar un alero según técnica de Spitzzy o de Lance. En el terreno psicossomático del pequeño, se observaron ciertas alteraciones que hablan en favor de algún trastorno endocrino, el cual se trata por el especialista a fin de influir indirectamente sobre esta ósteocondritis tan rebelde. Actualmente ha mejorado muchísimo con el crecimiento y la entrada en la pubertad.

4.º caso. — Mónica G. T., de 4 años y medio, natural de Canillo (Andorra), con luxación congénita de la cadera derecha. No hay antecedentes importantes y según refieren los padres, no se dieron cuenta de

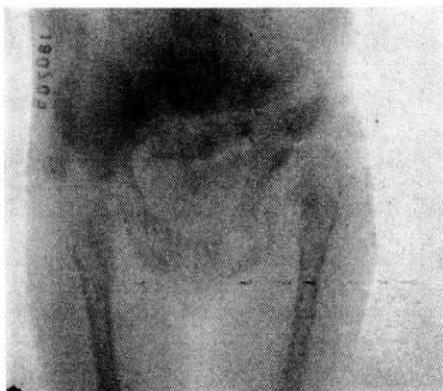


Fig. 1. — Antes de la reducción.

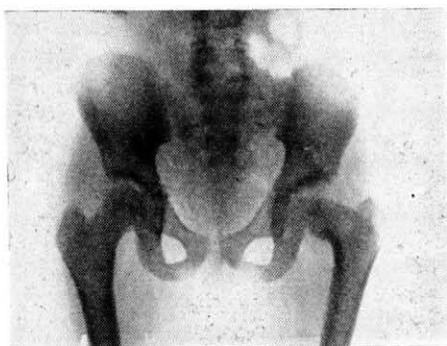


Fig. 2. — Doce años después de afectuada.

la claudicación hasta hace unos meses. La radiografía demuestra una cavidad cotiloides poco alterada, lo cual nos facilitó la reducción y el mantenimiento, sin recurrir a la extensión previa. Desde la reducción hasta el momento en que la niña es presentada, se puede comprobar clínica y radiológicamente, el magnífico resultado obtenido después de ocho años de practicada la reducción. Actualmente casada y anda perfectamente bien.

5.º caso. — Pilar C. P., de 3 años de edad, visitada en el año 1954, mes de mayo, ofrece el interés de los casos que tardan en alcanzar un resultado definitivo y bueno, por la falta de paciencia de los padres que, a cada momento, se inquietan y dan pábulo a cuanto refieren los vecinos y comadres sobre los peligros del escayolado, la duración del mismo, que otros especialistas operan en seguida y al cabo de un mes ya andan, etc., etc.; total, que transcurridos unos meses, dos o tres, ya pierden la confianza, llevando a la criatura de uno a otro, según el último «cartel», con lo cual el tratamiento se desordena con los perjuicios consiguientes para el niño afecto. Éste caso, del cual sólo podemos presentar algunas radiografías por los motivos indicados, tiene la complicación de ser doble y, como se comprende, las dificultades son mayores. Con todo, mediante previa extensión de ambas caderas, logramos una buena reducción, como se ve en la adjunta radiografía; seguimos el mismo método clásico, y al empezar la recuperación de la marcha, se observó que la cadera derecha estaba en ligera flexión-abducción. Recurrimos a la fisioterapia, pero viendo, al cabo de cierto tiempo, que la actitud viciosa no mejoraba, decidimos practicar la tenotomía del grupo flexor de la cadera correspondiente y el resultado no se hizo esperar. Sin embargo, como los padres, particularmente la madre, llevada de una verdadera obsesión operatoria, no estuviese satisfecha del todo, prescindieron de nuestros consejos y tenemos entendido que alguien les propuso operar a cielo abierto. Con franqueza confesamos que no vemos por dónde pueda beneficiarse la pequeña de la supuesta intervención.

6.º caso. — M.ª Teresa G. B., visitada por primera vez por nosotros en el año 1947;

hasta entonces, sus padres al observar su cojera creían se trataba de raquitismo, y esta opinión, según dicen ellos, la compartía el médico del pueblo, no dándole la debida importancia para empezar un tratamiento precoz. Diagnosticada de luxación congénita de la cadera derecha, se reduce bajo anestesia general y se mantiene en la primera posición de Lorenz durante tres meses, dos en la segunda y dos más en la posición de Lange de rotación interna y abducción. Tras semanas en cama sin vendaje alguno, con plena libertad de movimientos, sin permitir la carga, sin masajes ni manipulaciones forzadas, dejando que se recupere voluntariamente «per se», se autoriza la marcha que lentamente se hace normal, así como la carga del cuerpo, y sus resultados pueden verse en las adjuntas radiografías y en la marcha de la niña.

7.º caso. — María V. L., visitada en el año 1949, afecta de luxación congénita de cadera doble «inveterada». Dada la edad de la niña, 7 años, nada se prometió, y sólo aconsejamos intentar la reducción incruenta, la cual no habiéndose logrado, nos indujo a practicar la osteotomía «Gabelung-Bifurcación» de Lorenz, que como sabemos consiste en la osteotomía subtrocantérica oblicua con desplazamiento del fragmento distal hacia la cotiloidea formando con el fragmento central una Y o «bifurcación». Hacemos constar que esta niña estaba afecta de una insuficiencia tiroidea muy pronunciada y retraso mental bien notorio, factores que en nada favorecían el tratamiento prolongado que lógicamente debía aplicarse. Tomando las máximas precauciones preoperatorias, intervenimos a la paciente con éxito inmediato, en cuanto a la osteotomía-bifurcación se refiere, pero a las pocas semanas se desencadenó en ella un estado de inquietud e intolerancia al escayolado tan exagerado que le impedía el reposo de día y de noche, por lo cual nos vimos obligados a recortar el yeso en varias ocasiones y puntos distintos; finalmente, puede decirse que la misma niña se lo quitaba del todo, con la natural consecuencia de malograrse la buena posición de los fragmentos osteotomizados. Los padres tuvieron sus razones para no aceptar nuestra propuesta de rectificar debidamente la osteotomía inicial.

8.º caso. — Josefina M., de 3 años, de Barcelona, con luxación congénita de cadera, visitada en el año 1951; por la radiografía nos pareció oportuno aplicar una extensión previa durante dos semanas, lo cual facilitó, como siempre, la reducción, que fue perfecta y se mantuvo durante años hasta el momento actual, pudiéndose comprobar la deambulación absolutamente normal. Hacemos constar que casi no hubo deformidad de la epifisis.

9.º caso. — Carmen D., de Barcelona, de 4 años de edad, con fuerte displasia de la cotiloidea, se obtuvo una buena reducción con el método clásico, llevando sucesivos escayolados, desde la primera posición de Lorenz hasta la recuperación voluntaria en la cama, sin maniobras forzadas ni masajes. Al año y medio, la marcha era casi normal; se advirtió a los padres, dada la lenta reconstrucción de la caja cotileodea y la ligera distrofia de la niña, la posibilidad de una futura intervención que en forma de «alero» evitara el posible desplazamiento de la cabeza femoral de la cavidad displásica.

10.º caso. — Luisa F., de Gironella (Barcelona), de 4 años de edad; los padres fueron los primeros en notar que andaba como «un pato», por ser doble la deformidad. A los dos años —según dicen— fue visitada, pero no se hizo indicación alguna. Vista en nuestra consulta particular el 10 de marzo de 1959, se diagnostica clínica y radiográficamente de luxación congénita de cadera doble. Sin previa tracción, se practica nar-

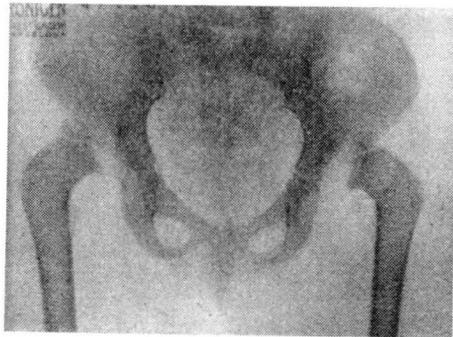


Fig. 1. — Luxación congénita (obsérvese el ensanchamiento del cuello, que da una imagen atípica de la implantación del núcleo epifisario).



Fig. 2. — La reducción en la primera posición de Lorenz.

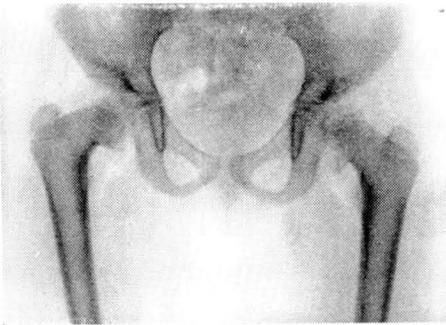


Fig. 3. — Segunda posición de Lorenz que prepara la marcha.



Fig. 4. — A los diez años de reducida. Ligera coxa-vara, que no altera la marcha normal.

cosis general, la reducción, según Lorenz, encayolándola en la primera posición durante dos meses; control radiográfico bueno. Segunda posición de Lorenz en el mes de julio, y a los tres meses se quita el escayolado, dejándola a su propia libertad de

movimientos en la cama, sin permiso de andar. A principios del año 1960 se aprecia, sin embargo, que muestra ligera tendencia a la subluxación, que por fortuna no llega a realizarse, por lo cual se le aplica un cinturón pelviano, tipo Hohmann, para mayor seguridad de contención, que llevará durante un par de años. En los sucesivos controles clínicos y en esta presentación se puede juzgar de la bondad del resultado final. Lleno confirmado por el agradecimiento de los padres y la normalidad de la marcha en la niña.

11.º caso. — Catalina T., de San Bartolomé (Ibiza), vista por nosotros a los 6 años de edad, en 1958. Dada la edad avanzada, aplicamos una extensión previa, tras la cual sin grandes dificultades pudo reducirse la luxación congénita de la cadera. Escayolados sucesivos en las correspondientes posiciones, hasta llegar a la fase final de recuperación; el médico pediatra doctor Coll Pérez que cuidaba de su tratamiento ulterior, confirmó la plena normalidad de la marcha de la niña, y este verano, estando de vacaciones en aquella isla, nuestra enfermera particular pudo percatarse de la buena marcha de la antigua luxada, convertida en una muchacha perfectamente desarrollada.

12.º caso. — Margarita F., de Tona (Barcelona), de tres años, sin haber recibido tratamiento alguno, por lo cual, y dadas las imágenes radiográficas, aplicamos una extensión previa de 15 días, al cabo de los cuales se realiza una perfecta reducción, mantenida en las diversas posiciones durante un año y medio, dejando, luego, el tratamiento postural y de recuperación voluntaria, sin cargar el peso, hasta los dos años.

13.º caso. — Teresa J., de Viella (Valle de Arán), tratada de comienzo el año 1960 por nosotros, a los 16 meses, con resultado excelente, tanto al andar como por la completa movilidad que acusa. Cuando hemos solicitado de sus padres que se presentara para esta Comunicación, lo cual tenía la ventaja de poder revisar su estado actual, a los cinco años y pico, contestaron que su estado era tan satisfactorio que renunciaban a venir, dadas las dificultades de comunicaciones en pleno invierno.



Estas dos radiografías (antes y después de la reducción) corresponden a una niña que fue presentada en la sesión, así como a la película (del mismo caso) que se proyectó luego.

Discusión. — Subrayan, con comentarios personales harto oportunos, la trascendencia práctica de los éxitos curativos —de naturaleza incruenta— logrados, los doctores V. Cónill Montobbio, M. Soler Terol y L. G.-Tornel.

La presentación de algunos casos tratados, hecha por el disertante, así como la proyección de una película ilustrativa de lo realizado en sus pacientes, convencen del todo.

El doctor L. Ribó Rius agradece la glosa, que le honra.