

YESO DE CONTRAEXTENSION EN LA CORRECCION DE POSICIONES VICIOSAS COXAFEMORALES

Por el Dr. ARTURO COFRE CERDA

Hace algún tiempo que nos veníamos preocupando de resolver la manera de corregir las graves deformaciones e incapacidades físicas provocadas por malas posiciones de la articulación de la cadera, que quedan especialmente como secuelas de las artritis agudas de dicha articulación.

El objeto de esta presentación es adelantar algunos resultados del método ortopédico que hemos comenzado a ensayar para fijar la pelvis y columna dorso-lumbar y obtener en esta forma una extensión continua efectiva que permita colocar bastantes kilos sin molestias para el enfermo. En esta forma, con pocas horas de extensión continua, hemos conseguido llevar el miembro a su posición normal.

La mayoría de estas posiciones viciosas de la cadera son provocadas en un 25 % por la coxitis tuberculosa y el resto por artritis aguda de la infancia, cuyos gérmenes más frecuentes son los estafilococos, estreptococos, neumococos y en algunos casos los bacilos de Pffeifer. Estos procesos agudos articulares del niño dejan como secuela las luxaciones patológicas de la cadera.

Hablamos de luxación patológica de la cadera cuando las superficies articulares han perdido sus relaciones normales, debido a lesiones anatómicas de los elementos que la componen. Según Ombredanne, existen dos grandes grupos de luxación patológica de la cadera: la luxación precoz, en que la cabeza se disloca en masa de la cavidad cotiloidea y la luxación tardía que se produce por desgaste de la superficie articular. En este último grupo distingue el autor antes referido, las luxaciones intracotiloideas por desgaste y ensanche del cótilo y que también suelen llamarse pseudo artrosis intracotiloidea. Vienen, en seguida, las variedades de subluxaciones y

la pseudo artrosis extracotiloidea, en la cual existe una total ascensión del trocanter mayor con destrucción absoluta del cuello femoral.

En los lactantes, a este proceso agudo febril de la cadera, no se le da mayor importancia, interpretándose muchísimas veces como un vulgar absceso de la nalga y sólo se vienen a apreciar sus efectos destructivos cuando el niño comienza a caminar. En el enfermo de segunda infancia, este proceso inicial evoluciona en forma séptica y vemos pronto localizarse la afección en la cadera por medio de un foco que en la mayoría de las veces está situado en el cuello del fémur. En esta edad podemos seguir paso a paso la evolución de la lesión articular, y con los medios de extensión corrientes, mantener en buena posición el miembro afectado.

Desgraciadamente muchos de estos enfermos ingresan a los servicios hospitalarios con sus deformaciones articulares ya establecidas o, como llaman algunos autores, con una luxación secuela de la cadera. En estas condiciones es frecuente encontrarnos ante pacientes cuya deformación principal consiste en una adducción, flexión y rotación interna del miembro inferior. Existe, además, un gran acortamiento y ensilladura lumbar. En algunos casos, la deformidad en adducción es tan acentuada, que los enfermos se ayudan con muletas para poder deambular.

El tratamiento indicado en estos casos ha sido siempre la osteotomía de Lorenz, que en enfermos mayores y en aquellos casos en que ya se ha producido una anquilosis ósea articular, esta intervención da muy buenos resultados ortopédicos. Sin embargo, en el niño, para conseguir una anquilosis ósea, hay que esperar un tiempo muy prolongado, porque en esta edad la anquilosis es esencialmente fibrosa y sólo con los años llega a producirse una anquilosis firme. Creemos que debido a estos factores, en muchísimos casos hemos tenido fracasos con el empleo de esta osteotomía correctora. Revisando nuestros archivos hemos encontrado algunos enfermos y en varios de ellos hemos visto reproducirse la flexión y aun la flexión-adducción.

Ante este hecho que se nos presentaba por primera vez, de que en muchísimos casos no podíamos emplear la osteotomía correctora como medio definitivo y estable, hemos usado un método sencillo y práctico, que permite colocar estas caderas deformadas en posición ortopédica correcta, para esperar así el momento oportuno de realizar la operación definitiva.

Revisando literatura respecto al tratamiento de posiciones viciosas de la cadera, no he encontrado nada que se refiera a la aplicación de este yeso en deformaciones del esqueleto de la cadera. En la obra de Erlacher, en el capítulo de las contracturas de la cadera, hace referencia a la palanca de fijación de la pelvis de Gocht, que se emplea también en la reducción de las luxaciones congénitas de la cadera. Cita, además, esta obra el yeso de Gersuny, que consiste en colocar un yeso en la cadera sana, que toma hasta las axilas e incluyen el muslo en flexión de 90° en el mismo yeso. En seguida hacen maniobras forzadas para corrección de la contractura; no emplean la extensión continua.

En todos estos aparatos de corrección tratan de corregir por separado las dos posiciones viciosas más frecuentes de la cadera, que son la flexión y la adducción. Y así vemos que con mucha frecuencia se usa la tenotomía de los adductores para la corrección de la adducción. Con el aparato de contraextensión empleado en nuestro Servicio, corregimos la lordosis, la flexión y la adducción en un mismo tiempo. No se emplean maniobras forzadas, puesto que la extensión continua va actuando lenta y progresivamente. El método está basado también en la fijación de la cadera sana.

Hemos comenzado por emplear un calzón de yeso de la cadera sana. Este yeso es fijado mediante tirantes de vendas que se amarran a los barrotes del catre. Se aplica en seguida la extensión continua en el miembro enfermo en una marcada abducción. El yeso colocado en esta forma evita que la pelvis bascule por la acción de la tracción. Para extensión continua usamos tela adhesiva, que es fijada al miembro por medio de vendas impregnadas con pasta de Unna. De esta manera hemos aplicado hasta 9 kilos de extensión sin ninguna molestia para el enfermo. Últimamente hemos reemplazado los tirantes de vendas por un travesaño de madera que va incluido en el yeso a la altura de la columna dorso-lumbar, el cual una vez colocado el enfermo en su cama, se fija en el catre. Para colocar correctamente este listón, que nos va a servir de fijación de yeso, debemos tomar en cuenta en el momento de aplicarlo, el siguiente detalle: una vez colocado el enfermo en el pelvi-soporte, se flexa el miembro enfermo hasta que la lordosis lumbar haya desaparecido; en esta posición se coloca el calzón de yeso en la cadera sana, incluyendo en él el travesaño de madera. Esta posición del miembro enfermo hay que mantenerla hasta que el yeso haya fraguado y evitar que la gravitación del miembro enfermo nos deforme

el yeso y dé una falsa impresión de la reducción de la lordosis. Al día siguiente de la colocación del aparato se fija este cabezal de madera a los barrotes del catre; de esta manera provocamos la contraextensión y se evita, en gran parte, que la lordosis se reproduzca en los momentos de colocar los kilos para la extensión continua.

Los resultados que se indican en seguida se han obtenido en enfermos cuya secuela oscila entre 6 meses y 6 años de antigüedad, en todos ellos hemos obtenido una buena corrección ortopédica en un tiempo que oscila entre 3 a 6 días y calculando un kilo de peso por un año de edad. Cuando dentro de este plazo no se obtienen resultados efectivos, se suspende el tratamiento. No hemos observado complicaciones de ninguna especie.

CONCLUSIONES

1º Es un método sencillo, sin peligro para el enfermo y al alcance de cualquiera organización hospitalaria.

2º No habiendo una anquilosis ósea, este yeso de contraextensión permite colocar la cadera en una posición ortopédica correcta.

3º Su empleo en aquellos casos de luxación patológica de la cadera con trayecto fistuloso, en que la intervención operatoria está contra-indicada.

OBSERVACIONES

S. L. — Edad: 12 años.

Su afección inicial en el año 1940. Diagnóstico actual: luxación intracotiloidea cadera izquierda.

Miembro inferior izquierdo en adducción, flexión y rotación interna muy acentuada. Lordosis. La deambulacion se hace con muletas.

Yeso de contraextensión con 5 kilos de extensión continua. A los 4 días se obtiene la corrección de la adducción. Se observa el resto del cuello femoral aplicado al fondo de la cavidad cotiloidea.

A. N. — Edad: 9 años. Diagnóstico: Luxación intracotiloidea-secuela de artritis aguda de la cadera.

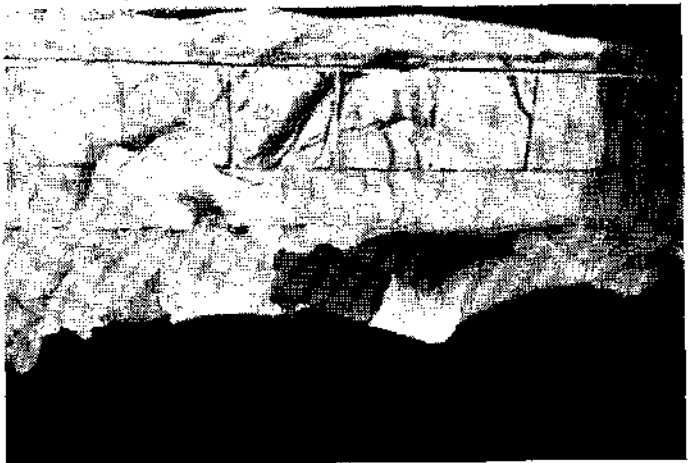
Ingresó el 5 de marzo de 1945.

Miembro inferior derecho: adducción y rotación interna. Movimientos limitados, indoloros. Yeso de contraextensión en el lado sano el 20 de marzo de 1945 y extensión continua en fuerte abducción de 6 kilos. El control ra-

Fig. 2.



Fig. 1.



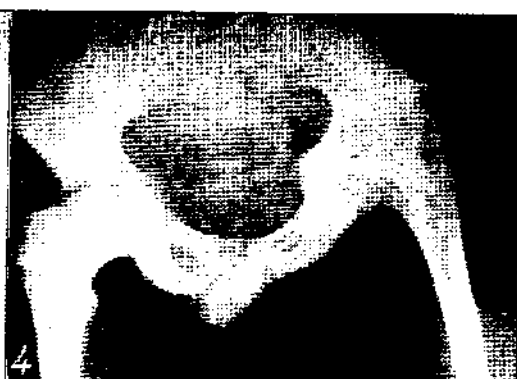
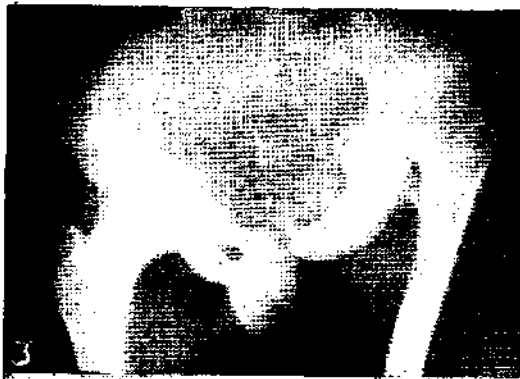


Fig. 3. Caso 1. Radiografía al ingreso.
Fig. 4. " 1. Radiografía después de colocado el yeso de contraextensión.
Fig. 5. " 2. Radiografía al ingreso.
Fig. 6. " 2. Radiografía después de colocado el yeso de contraextensión.
Fig. 7. " 4. Radiografía al ingreso.
Fig. 8. " 4. Radiografía después de colocado el yeso de contraextensión.

diográfico a los 8 días nos da una cadera en posición ortopédica correcta. Yeso Calot.

V. S. — Edad: 12 años.

Ingresó el 27 de junio de 1945.

En el año 42 posible artritis cadera, actualmente: subluxación patológica cadera derecha. Miembro inferior derecho gran adducción, flexión y rotación interna. La marcha se hace con muletas.

El 18 de julio de 1945, yeso contraextensión de la pelvis, a las 48 horas se consigue colocar el miembro en buena posición. Control radiográfico el 27 de julio de 1945 nos da una adducción corregida, cabeza femoral muy bien centrada en el cótilo. Escuela de 3 años de antigüedad.

V. C. — Edad: 8 años.

Su afección data de VII-44. Ingresó en enero 45 con una luxación patológica total de la cadera izquierda. Miembro inferior izquierdo, muslo en flexión de 45° y gran adducción. Movimientos bloqueados. Acortamiento: 6 cms. Yeso de contraextensión el 8 de enero de 1945. Extensión continua de 6 kilos. El control radiográfico el 15 de enero de 1945 nos demuestra que la cabeza femoral está reducida. Se coloca yeso de Calot y se da de alta.

BIBLIOGRAFIA

ERLACHER. — Ortopedia Operatoria.

OMBREDANNE. — Traité de Chirurgie.

WATSON JONES. — Fracturas y lesiones articulares. II Tomo, p. 663.

ANDERSON. — Sug. and Obs. Enero de 1932. Método para usar la pierna sana de contraextensión. P. 207.

GOHRBRARDT, RANGER, BERGMANN. — Clinische Rarkleiten in Kindesalter. Edición 1928, Berlin.