

Tratamiento Quirúrgico de la Luxación Congénita de Cadera con la Técnica de Ludloff

Dr. Víctor Salas Corrales *
Dr. Jaime Cerdeña Villamar **

RESUMEN

Se hace una valoración de 36 caderas operadas en 24 pacientes portadores de Luxación Congénita de Cadera con la Técnica Operatoria de Ludloff, llevada a cabo en la Clínica San Juan de Dios de Arequipa, de 1985 a 1989.

ABSTRACT

A preliminary short follow up report is made on 36 hips with Congenital Dislocation of the hips operated in the Clinica San Juan de Dios of Arequipa, Perú from 1985 to 1989.

Palabras Claves: Cirugía Ortopédica. Pediatría. Cadera.

INTRODUCCION

En la actualidad es una norma la Medicina Ortopédica Preventiva en el tema de Displasia Congénita de la Cadera, expresado ya por el Dr. Robert Bayley Osgood en Marzo de 1925 en el Primer Congreso Ortopédico de Detroit. Vale decir que la Luxación Congénita de Cadera puede y debe ser reconocida y tratada desde Recién Nacido o en el peor de los casos durante los primeros 6 meses de la vida, antes del apoyo de los miembros inferiores, que se inicia ya con el gateo del niño.

El diagnóstico en la primera infancia es factible clínica y radiológicamente y con tratamiento solo ortopédico

* Médico Asistente del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Honorio Delgado y Clínica San Juan de Dios de Arequipa.

** Médico Residente de Guardia de la Clínica San Juan de Dios de Arequipa.

se obtiene por resultado una cadera normal, sin embargo, en nuestro medio aun esto no es una realidad por razones socio-económico-culturales y la LCC no se la reconoce ni se la trata hasta que los enfermos tienen uno, dos o más años de edad, siendo necesario recurrir a la cirugía para obtener la reducción, la cual es más complicada cuanto mayor sea la edad del paciente, lo que a su vez oscurece el pronóstico, disminuyendo el porcentaje de éxito y un aumento sensible del fracaso.

En la Clínica San Juan de Dios de Arequipa se viene aplicando la Técnica de Ludloff o vía anterointerna de los aductores, descrita en 1908 y sin embargo, poco usada en los últimos 80 años, en aquellos niños menores de 2 años portadores de LCC y que requieren reducción cruenta.

MATERIAL Y METODOS

De 1985 a 1989 se han operado 36 caderas en 24 pacientes portadores de LCC.

La Técnica Operatoria utilizada de Ludloff descrita en 1908 como un abordaje entre el adductor mediano y el recto interno, modificado posteriormente en 1913 entre el adductor mediano y el pectíneo:

- 1) Paciente en posición decubito supino, con abducción y flexión de caderas y rodillas, en "Posición de Rana".
- 2) Incisión longitudinal de 3 a 4 cm sobre el borde del adductor mediano y a 1 cm del pliegue inguinal.
- 3) Tenotomía del adductor mediano en su inserción proximal, exponiendo así el nervio Obturador que reposa sobre el adductor menor, se sigue el plano de clivaje entre éste y el pectíneo hasta identificar el trocánter menor y se hace tenotomía del psoas.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA

- 4) Se identifican los vasos circunflejos y se rechazan o se ligan y se expone la cápsula articular y se abre en "T".
- 5) Se liberan los elementos interpuestos: ligamento redondo hipertrófico, istmo capsular, limbo invertido, tejido adiposo pulvinar o ligamento transversal.
- 6) Se procede a la reducción sin cerrar la cápsula que queda distendida.
- 7) Cierre de la fascia muscular, celular y piel y se coloca spika de yeso en posición de reducción:
 - Primera Posición: caderas en flexión de 90°, rotación externa de 90°, abducción de 70° y flexión de rodillas en 90°, llamada L 1 en memoria a Lorenz, durante 10 ó 12 semanas.
 - Segunda Posición: (L 2) caderas en flexión de 70°, abducción de 70° y ligera rotación interna, durante 10 ó 12 semanas.
 - Tercera Posición: (L 3) caderas libres, con 2 calzas de yeso y barra de abducción en 70° y los pies en posición neutra, durante 10 ó 12 semanas.

Indicaciones de Ludloff:

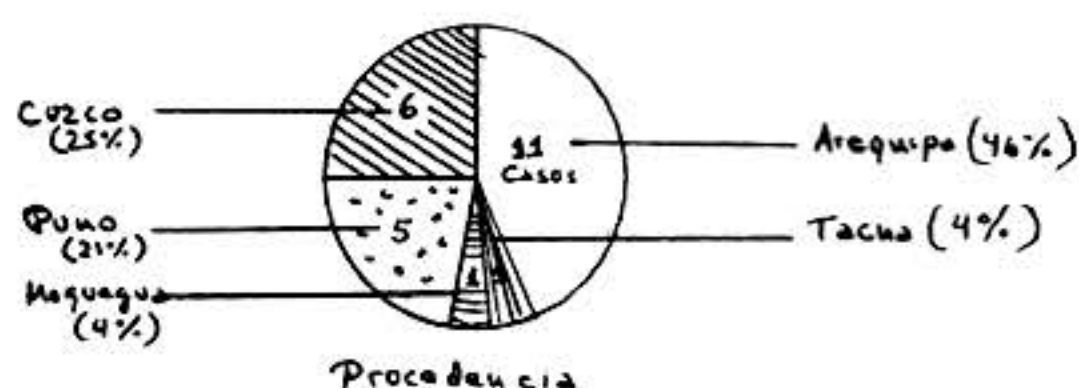
- 1) Lactantes menores de 2 años, que no se pudo reducir la luxación con métodos incruentos.
- 2) Caderas no operadas previamente.
- 3) Cabeza femoral situada frente al acetábulo, pero alejada por elementos de interposición.
- 4) Caderas con subluxación o luxación donde el núcleo cefálico no esté muy elevado fuera del acetábulo.

RESULTADOS

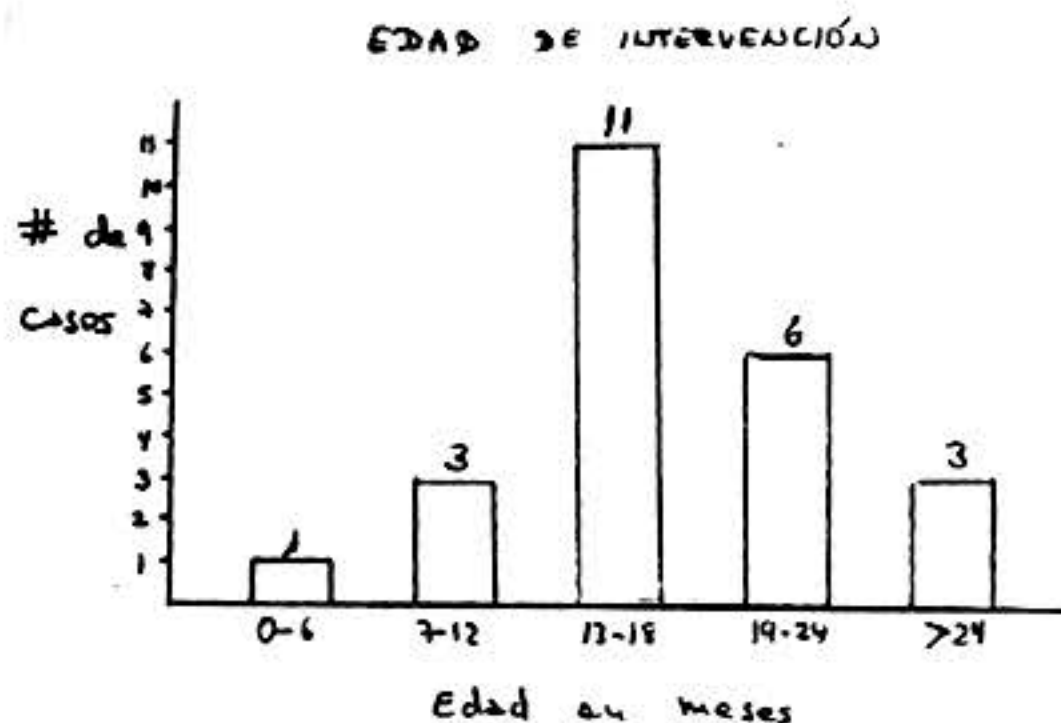
Desde el año 1985 fueron operadas 36 caderas con la Técnica de Ludloff en 24 pacientes portadores de LCC, 13 bilaterales, 7 izquierdas y 4 derechas; 21 niñas y 3 varones, siendo la relación según el sexo de 7/1; antecedente de parto podálico en 3 (12.5%).

	Sexo Cadera afectada					Parto		
	F	M	Der.	Izq.	Bil.	Etv	Pod.	Otr.
No. de casos	21	3	4	7	13	19	3	2
%	87.5	12.5	17	29	54	79	12.5	8.5

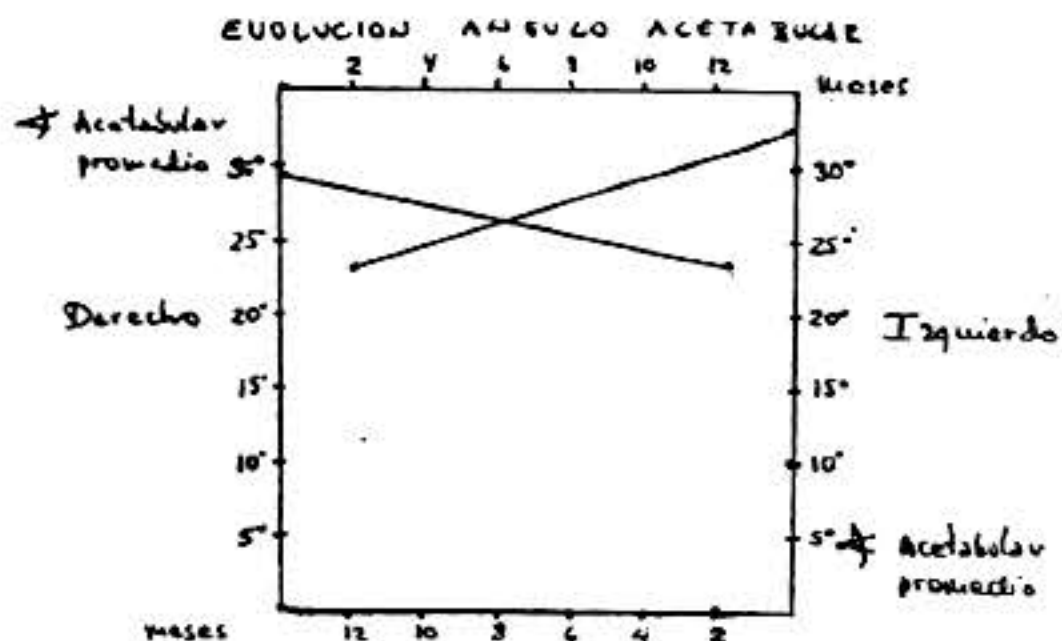
En cuanto al lugar de procedencia y nacimiento, son niños de toda la región sur del país.



Solo 3 niños recibieron tratamiento incruento preoperatorio con férula de abducción y 1 con pañales anchos, siendo la edad de intervención fundamentalmente en menores de 2 años (21 casos).



En cuanto al ángulo acetabular promedio preoperatorio del lado derecho fue 29.37 (rango de 27 a 42), del lado izquierdo 32.9 (rango de 28 a 42), de las cuales 10 pacientes (14 caderas) fueron operados el presente año de 1989 y están en evolución y de los 14 pacientes restantes (22 caderas) el índice acetabular promedio al año de evolución fue de 23.1 (rango de 20 a 28) en las caderas derechas y 23.8 (rango 22 a 26) en las izquierdas.



En cuanto a las complicaciones 4 casos de edema vulvar moderado; 2 casos de subluxación, 1 en el postoperatorio inmediato corregido a las 48 horas con cambio de yeso y otro a los 30 días por yeso deteriorado y que se corrigió con nuevo yeso en L 1; 1 caso de osteone-

crisis de II° en el niño mayor de 4 años y 1 caso de cobertura insuficiente, ningún caso de infección ni reoperación y no fue necesario cirugía de rescate (acetabuloplastias u osteotomías subtrocantéricas, etc.).

DISCUSION

La Técnica de Ludloff no es un procedimiento nuevo, sin embargo es poco utilizado, a pesar de las ventajas de la misma, fácil acceso, poco sangrado, tiempo operatorio corto y abordaje de las dos caderas en un solo acto operatorio.

En la Clínica San Juan de Dios de Arequipa se ha adoptado esta técnica en los niños con LCC menores de dos años y con indicación de reducción cruenta, con tenotomía abligada del adductor mediano y del psoas para facilitar la reducción y disminuir la presión a la que será sometida la cabeza femoral después de reducida.

Las complicaciones post-operatorias son de menor cuantía y la evolución del ángulo acetabular satisfactoria, según los parámetros de Lindstrom de la Universidad de Iowa, quien considera que los ángulos acetabulares después de 8 años son:

- Menor de 20° Normal
- De 20 a 24° Satisfactorio
- Mayor de 24° Pobre

En nuestro estudio de 24 pacientes con 36 caderas operadas, 10 pacientes (14 caderas) operadas en el presente año están en evolución; de los 14 restantes (22 caderas) con un seguimiento de un año conseguimos reducir el ángulo acetabular promedio del lado derecho de 29.37 a 23.1 y del izquierdo de 32.9 a 23.8°, que representa de 22 a 28% de disminución en la medida de los ángulos acetabulares, que la podemos considerar satisfactoria, de acuerdo a los parámetros de Lindstrom.

CONCLUSIONES

- 1) El diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera en nuestro medio es aun tardía.
- 2) La Técnica Quirúrgica de Ludloff es un método seguro, poco traumatizante, con excelentes resultados de reducción y satisfactoria evolución del ángulo acetabular.
- 3) Las complicaciones son menores.
- 4) Se reduce el tiempo hospitalario (promedio 4 días).
- 5) Estéticamente la cicatriz operatoria es casi imperceptible, lo cual tiene mucha importancia considerando que la mayoría de pacientes son niñas.
- 6) Es una buena vía en los niños portadores de LCC menores de 2 años, y cuando se aplica en niños de más edad las complicaciones se incrementan.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Angulo, P.; Sánchez, J.; Valdivia, R. y cols.- Displasia y Luxación Congénita de la Cadera. *Cirugía Pediátrica*, Forú, IV (1): 38-42, 1985.
- 2 Aoun, C.- Criterio y normas en el tratamiento de la Luxación Congénita de la Cadera. *Revista de la Sociedad Médica del Hospital San Juan de Dios, Caracas, Venezuela, Año VII No. 7* 59-65, 1986.
- 3 Campbell.- *Cirugía Ortopédica (Texto)*. Sexta Edición. Panamericana, Tomo II, Págs. 1821-1880, 1981.
- 4 Castillo, J.; Fernández Palazzi, F.; Paredes, E.- Técnica de Ludloff en la Luxación Congénita de la Cadera. *Revista Sociedad Médica Hosp. San Juan de Dios, Caracas, Venezuela Año VII, No. 7* 83-88, 1986.
- 5 Cerdeña, J.- Displasia y Luxación Congénita de la Cadera en el IPSS Hosp. Central del Sur, Arca No. 1 Arequipa. (Tesis de Bachiller). 1986.
- 6 Ferguson, B. Albert.- Treatment of Luxation Congenital of the head. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1979.
- 7 Lindstrom, J.; Ponseti, I. Wenger, D.- Acetabular Development after reduction in Congenital Dislocation of the hip. *The Journal of Bone and Joint Surgery. USA, Jan. 61-A (1):* 112-117, 1979.