

112415

20772



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Traumatología y Ortopedia
Centro Médico Nacional



“COXA SALTANS”

Resalto Extra - Articular de la Cadera.

T E S I S

Que para obtener el título de:
**ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA
Y ORTOPIEDIA**

P r e s e n t a :
Dr. Rafael Vega Herrera



México, D. F.

1985

TESIS CON
FALLA DE ORDEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

- I .- INTRODUCCION
- II .- ANATOMIA DE LA CADERA
- III .- BIOMECANICA DE LA CADERA
- IV .- HISTORIA
- V .- ETIOPATOGENIA DE LA COXA SALTANS
- VI .- TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS
- VII .- OBJETIVOS
- VIII.- HIPOTESIS
- IX .- MATERIAL Y METODOS
- X .- TECNICA QUIRURGICA DE NUESTRO ESTUDIO
- XI .- RESULTADOS
- XII .- ANALISIS Y DISCUSION
- XIII.- CONCLUSIONES
- XIV .- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Entendemos por Coxa Saltans , Cadera en resorte, o bien Resalto extra-articular de cadera a la anomalía encontrada a nivel de la región trocantérica y la describen algunos autores como la patología que suele provocar un chasquido audible, palpable y a veces hasta visible, cuando una banda aponeurótica tensa se bloquea al deslizarse sobre el borde anterior del trocanter mayor al flexionar, aducir y rotar medialmente la cadera .

Esta banda suele ser el borde posterior engrosado o hipertrofiado de la Cintilla ilioltibial , el borde anterior del músculo glúteo mayor cerca de su inserción y en la mayoría de las veces el músculo tensor de la fascia lata.

El chasquido puede provocarse voluntariamente y ser indoloro, pero también puede ocurrir en forma involuntaria dolorosa y habitual.

Es una patología poco frecuente y desconocida por algunos especialistas en la materia quienes la diagnostican en forma errónea como una Luxación recidivante de la cadera.

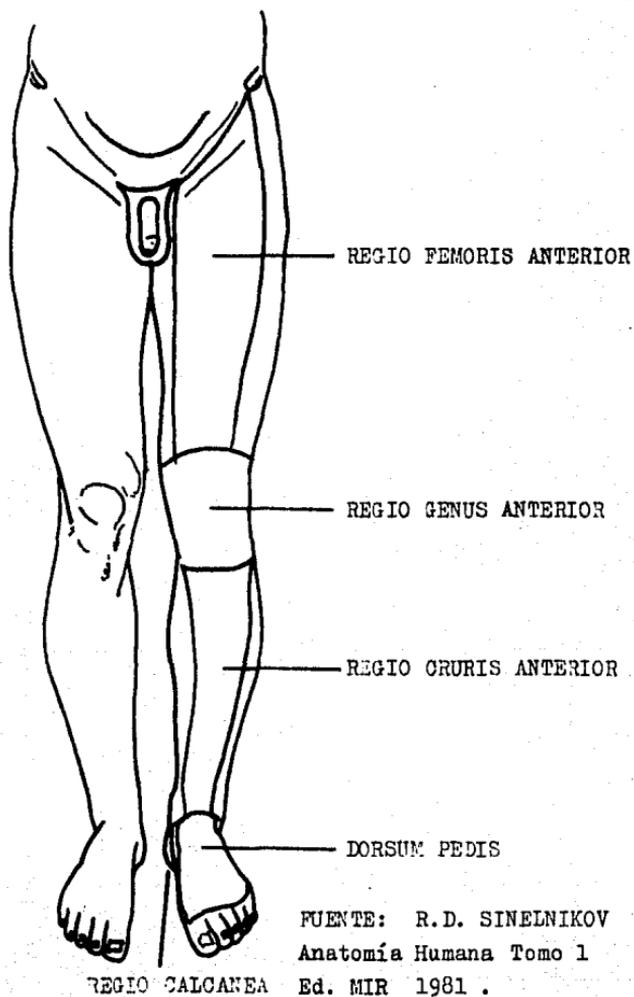
El presente trabajo realizará un análisis de las manifestaciones características de la Coxa Saltans , así como el tratamiento empleado en ésta patología en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional.

A N A T O M I A

D E L A

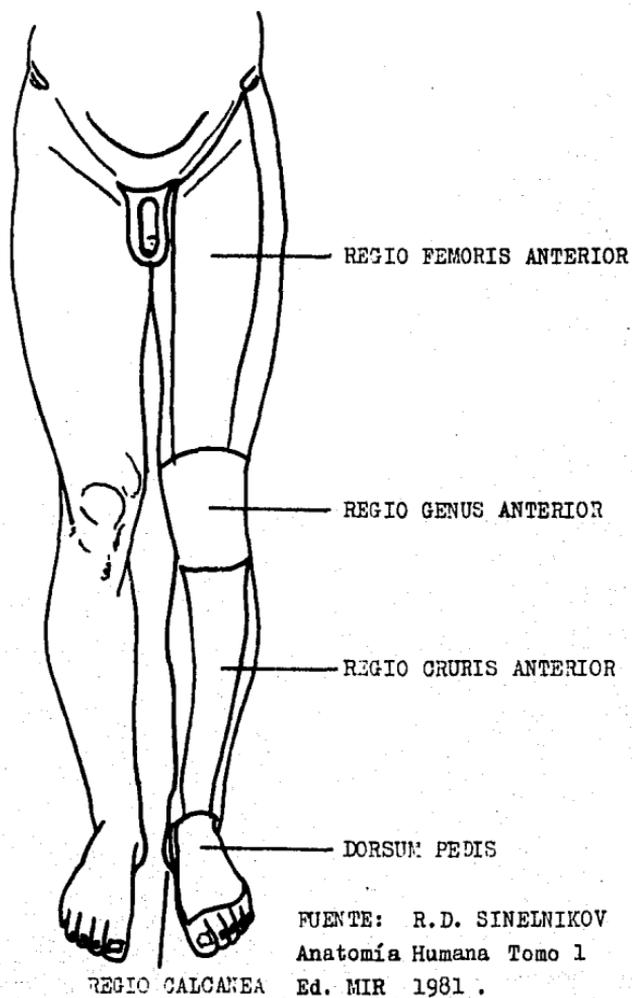
C A D E R A

REGIONES ANATOMICAS DEL MIEMBRO INFERIOR



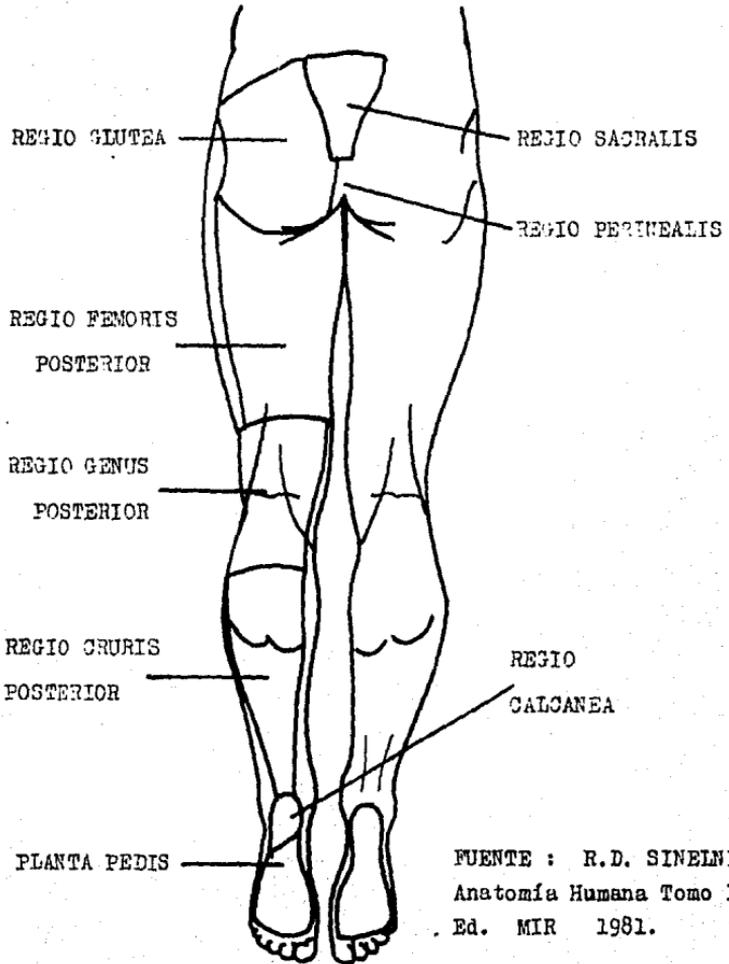
FUENTE: R. D. SINELNIKOV
Anatomía Humana Tomo 1
Ed. MIR 1981.

REGIONES ANATOMICAS DEL MIEMBRO INFERIOR



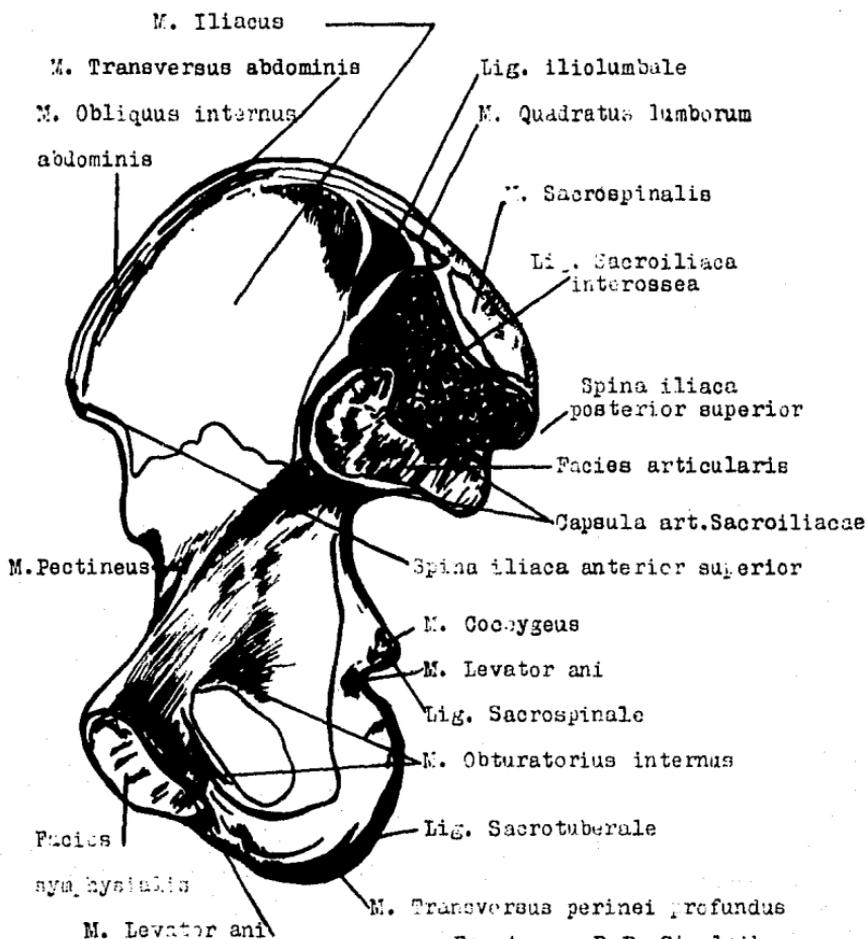
FUENTE: R.D. SINELNIKOV
Anatomía Humana Tomo 1
Ed. MIR 1981 .

REGIONES ANATOMICAS DEL MIEMBRO INFERIOR



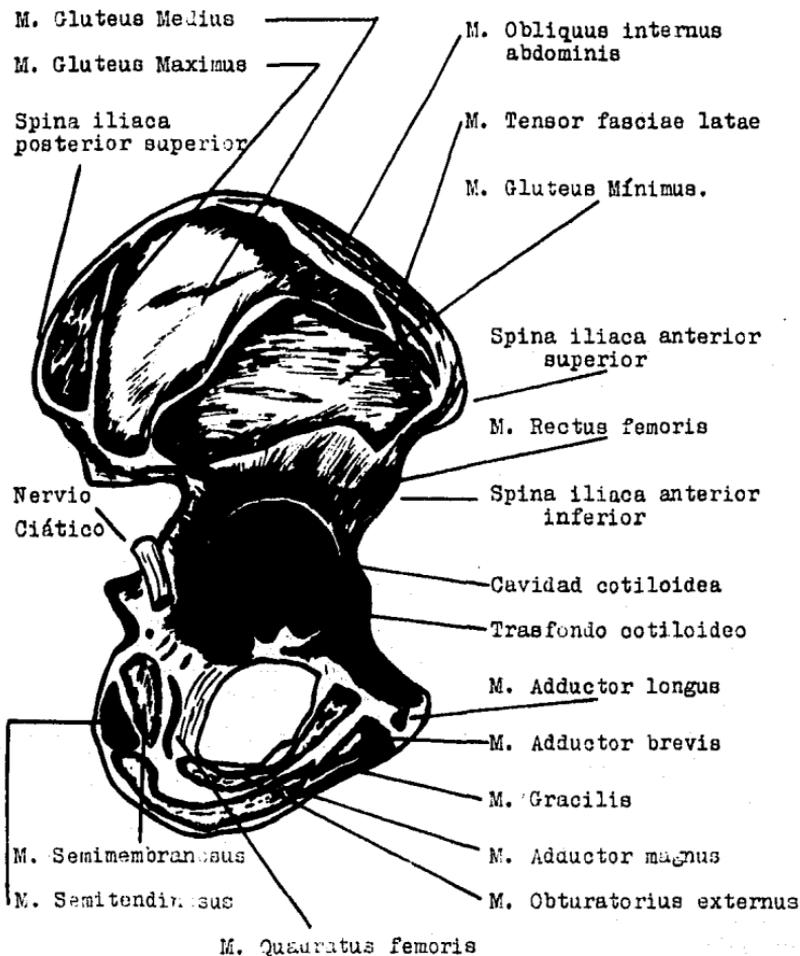
FUENTE : R.D. SINELNIKOV
Anatomía Humana Tomo 1
Ed. MIR 1981.

LUGARES DE ORIGEN E INSERCIÓN DE LOS MUSCULOS
Y DE LA CAPSULA ARTICULAR EN EL HUESO COXAL
DERECHO ; ASPECTO INTERNO .

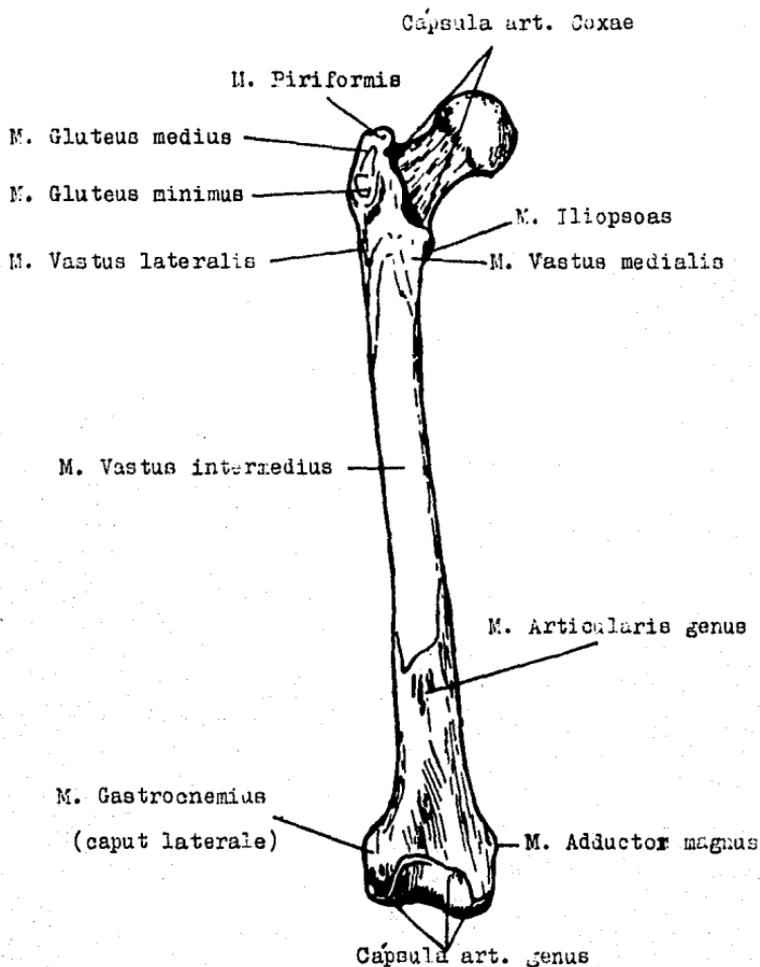


Fuente : R.D. Sinelnikov
Anatomía Humana Vol 1
Ed. MIR 1981 .

LUGARES DE ORIGEN E INSERCIÓN DE LOS MUSCULOS
 Y LA CAPSULA ARTICULAR EN EL HUESO COXAL
 ASPECTO EXTERNO (ESQUEMA) .

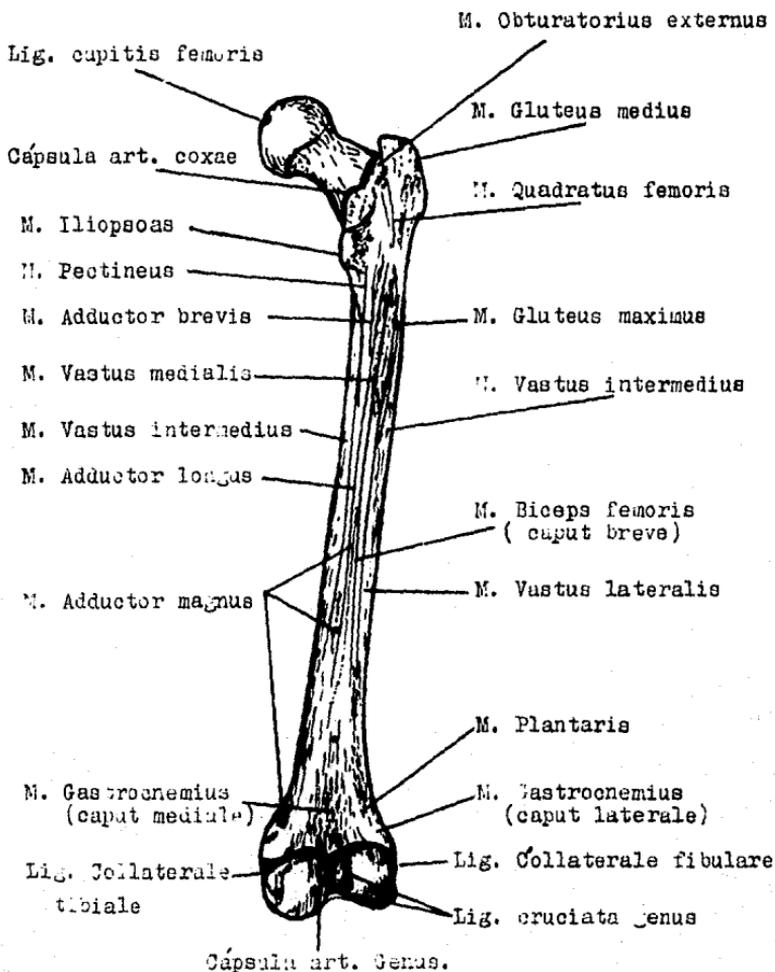


LUGARES DE ORIGEN E INSERCIÓN DE LOS MÚSCULOS Y
 LAS CÁPSULAS ARTICULARES EN LA SUPERFICIE ANTERIOR
 DEL FEMUR



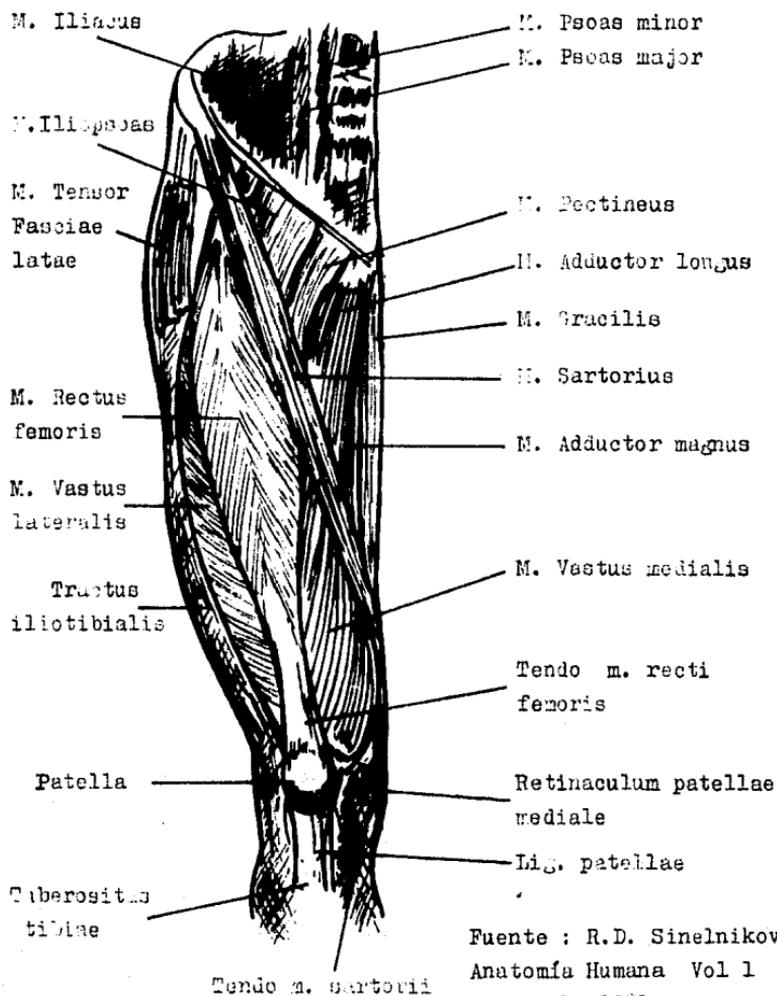
Fuente : R.D. Sinelnikov
 Anatomía Humana Vol. 1
 Ed. MIR 1981 .

LUGARES DE ORIGEN E INSERCIÓN DE LOS MUSCULOS
 LOS LIGAMENTOS Y LAS CAPSULAS ARTICULARES EN LA
 SUPERFICIE POSTERIOR DEL FEMUR



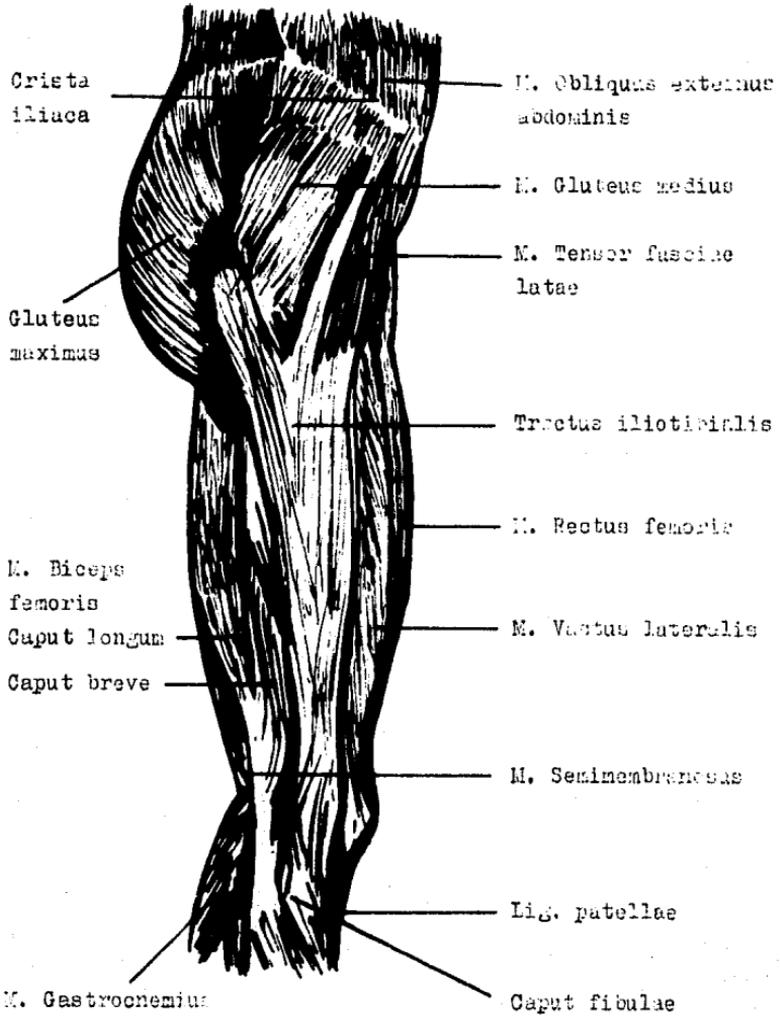
MUSCULOS DE LA PELVIS Y DEL MUSLO

ASPECTO ANTERIOR

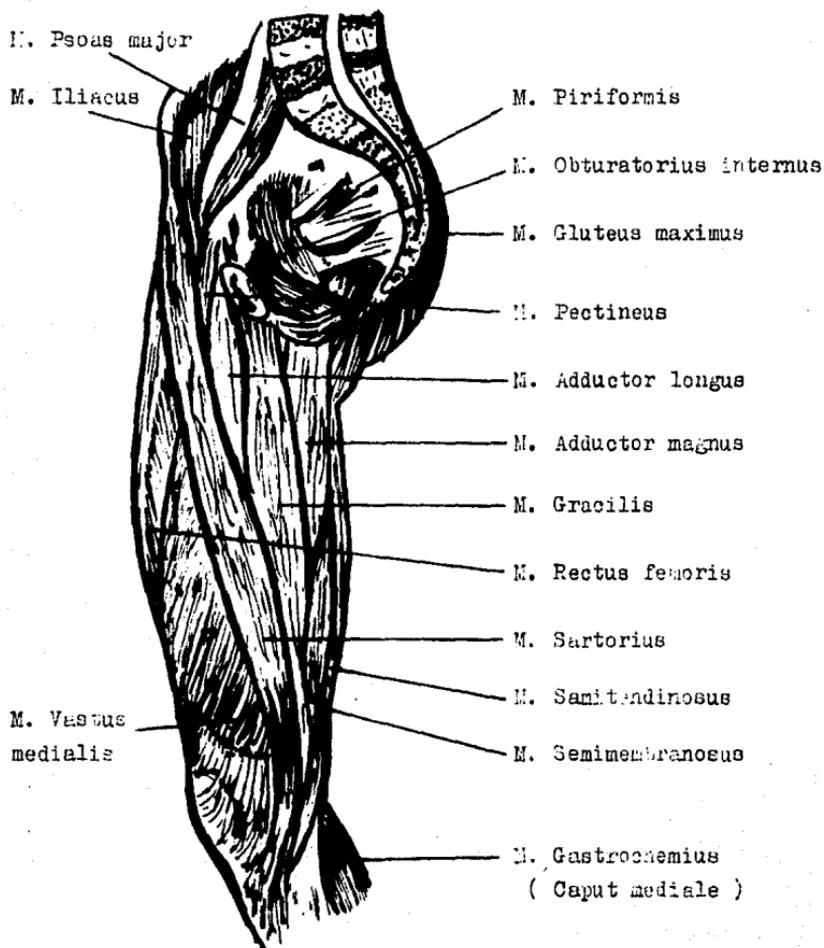


Fuente : R.D. Sinelnikov
Anatomía Humana Vol 1
Ed. MIR 1981 .

MUSCULOS DE LA PELVIS Y DEL MUSLO
ASPECTO LATERAL

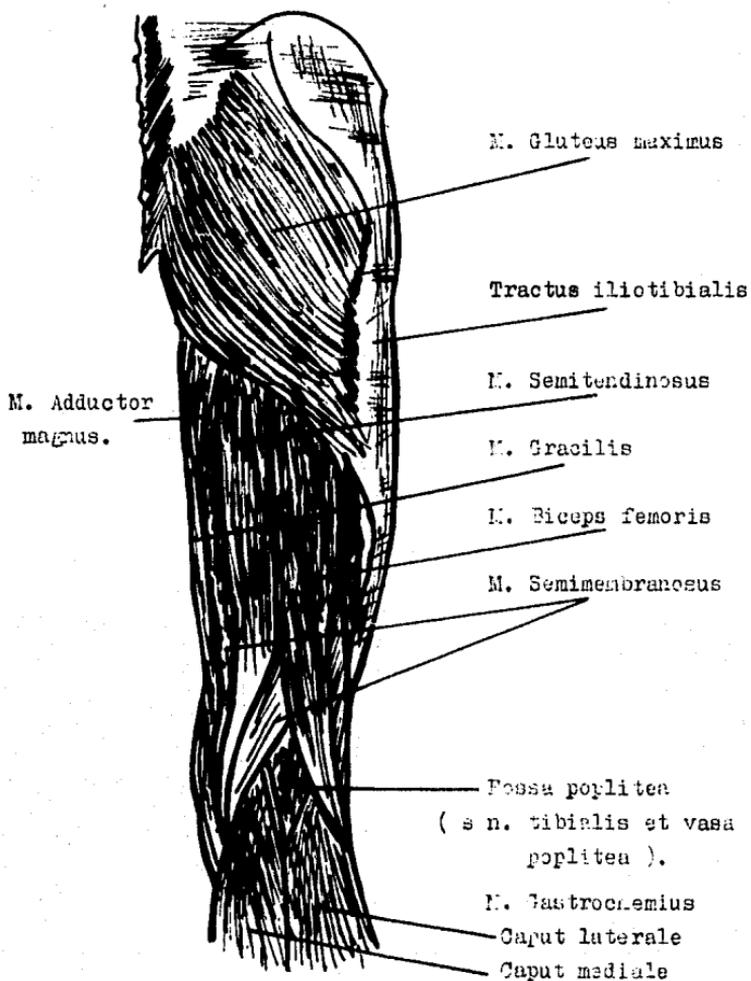


MUSCULOS DE LA PELVIS Y DEL MUSLO
ASPECTO MEDIAL



Fuente : R.D. Sinelnikov
Anatomía Humana Vol 1
Ed. MIR 1981 .

MUSCULOS DE LA PELVIS Y DEL MUSLO
ASPECTO POSTERIOR



Fuente : R.D. Sinelnikov
Anatomía Humana Vol 1
Ed. MIR 1981 .

LA INERVACION DE LOS MUSCULOS DE LA CADERA Y LA REGION
FEMORAL SE PUEDEN SINTETIZAR DE LA SIGUIENTE MANERA :

- | | | |
|------------|----------------------------|------------------------|
| | | 1.- Iliaco |
| | | 2.- Sartorio |
| | | 3.- Pectíneo |
| | A).- NERVIO FEMORAL | 4.- Recto femoral |
| | (Rama del Crural) | 5.- Vasto lateral |
| SUPERFICIE | | 6.- Vasto intermedio |
| ANTERIOR | | 7.- Vasto interno |
| | | 1.- Pectíneo |
| | B).- NERVIO OBTURADOR | 2.- Obturador externo |
| | (Rama del Génito-Crural) | 3.- Aductores a) Largo |
| | | b) Corto |
| | | c) Mayor |
| | | 1.- Semitendinoso |
| | A).- NERVIO CIÁTICO | 2.- Biceps femoral |
| | MAYOR | 3.- Aductor mayor |
| SUPERFICIE | | 4.- Semimembranoso |
| POSTERIOR | | 1.- Glúteo menor |
| | B).- NERVIO GLÚTEO | 2.- Tensor de la |
| | SUPERIOR | fascia lata |
| | | 3.- Glúteo mediano |

PRINCIPALES RAMAS ARTERIALES DE LA CADERA

- | | | |
|----------------------|----------------------------|--|
| | | 1.- Circunfleja iliaca profunda |
| | | 2.- Circunfleja iliaca superficial |
| | | 3.- Epigástrica superficial y Epigástrica inferior |
| | A).- LATERAL | 4.- Tronco circunflejo profundo |
| | (Ramas de Iliaca externa) | 5.- Circunfleja femoral lateral |
| | | 6.- Circunfleja femoral medial |
| | | 7.- Femoral profunda |
| SUPERFICIE ANTERIOR | | |
| | B).- MEDIAL | 1.- Obturatriz |
| | (Ramas de Iliaca interna) | 2.- Pudenda externa |
| | | |
| | A).- LATERAL | 1.- Glútea superior |
| | (Ramas de Iliaca interna) | 2.- Glútea inferior |
| SUPERFICIE POSTERIOR | | |
| | B).- MEDIAL | 1.- Femoral profunda |
| | (Ramas de Iliaca externa) | 2.- Arteria femoral |

BIOMECANICA

DE LA

CADERA

LA CADERA

La cadera es la articulación proximal del miembro inferior, dotada de tres ejes y tres sentidos de libertad de movimiento que permiten orientar la extremidad en todas las direcciones en el espacio.

EJE TRANSVERSAL XOX'

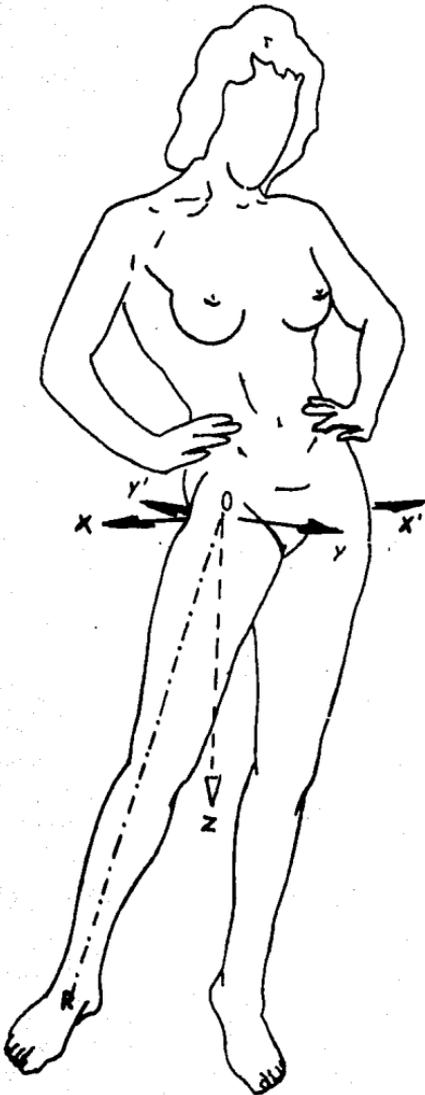
Situado en el plano frontal y en el cuál se efectúan los movimientos de flexión - extensión.

EJE ANTEROPOSTERIOR YOY'

Situado en el plano sagital que pasa por el centro de la articulación y en donde se llevan a cabo los movimientos de abducción adducción.

EJE VERTICAL OZ

Permite los movimientos de rotación interna y externa. Este eje puede confundirse con el eje longitudinal del miembro podalico (R)



Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

1.- FLEXION .- Definida como el movimiento que lleva -
la superficie anterior del muslo al encuentro del tronco.



AMPLITUD

0° - 140°

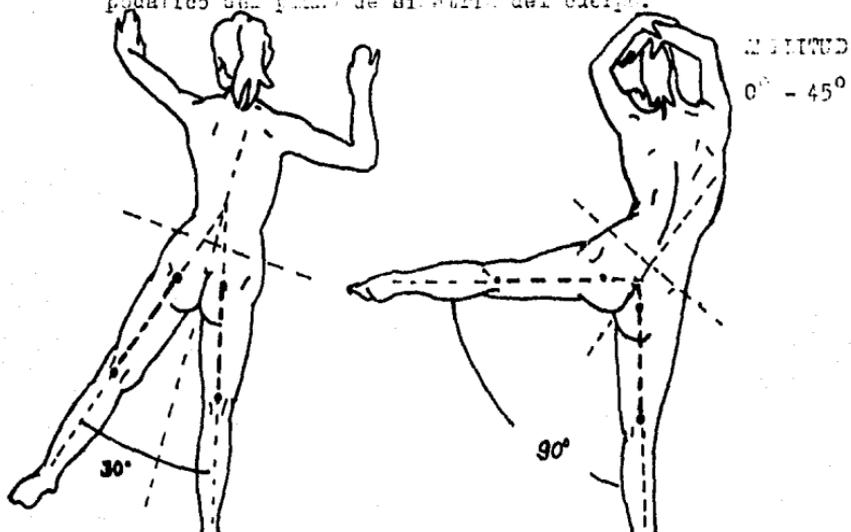
2.- EXTENSION .- Es el movimiento que lleva el miembro
podálico por detrás del plano frontal.



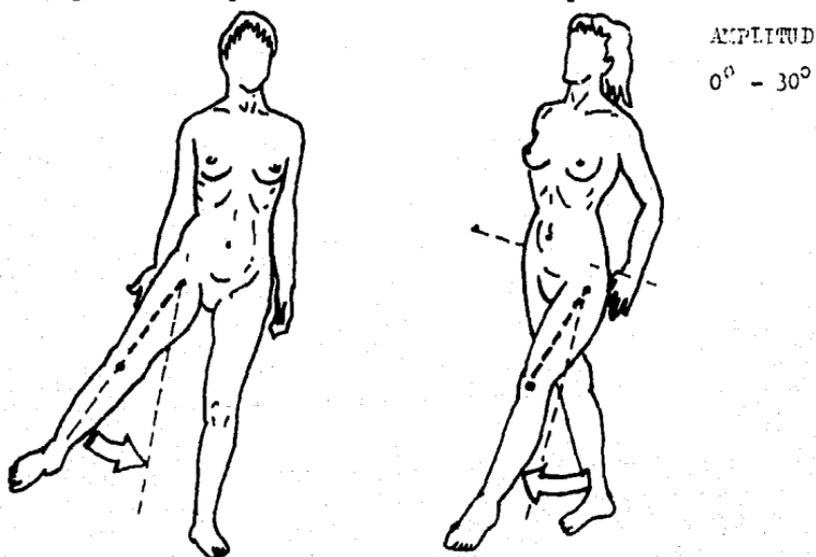
AMPLITUD

0° - 30°

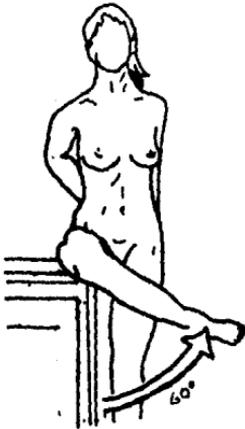
3.- **ABDUCCION** .- Es el movimiento que aleja al miembro podálico del plano de simetría del cuerpo.



4.- **ADUCCION** .- Es el movimiento que acerca al miembro podálico al plano de simetría del cuerpo.

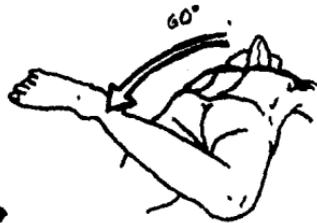


5.- ROTACION LATERAL .- Movimiento que lleva la punta -
del pie hacia afuera.

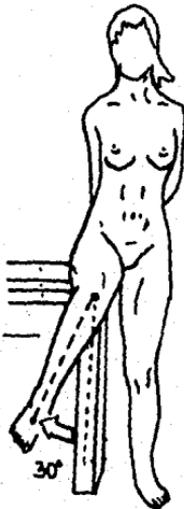


AMPLITUD

60°

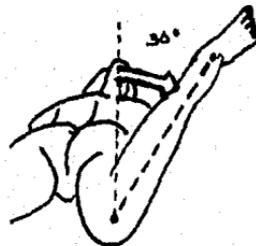


6.- ROTACION MEDIAL .- Movimiento que lleva la punta -
del pie hacia adentro.

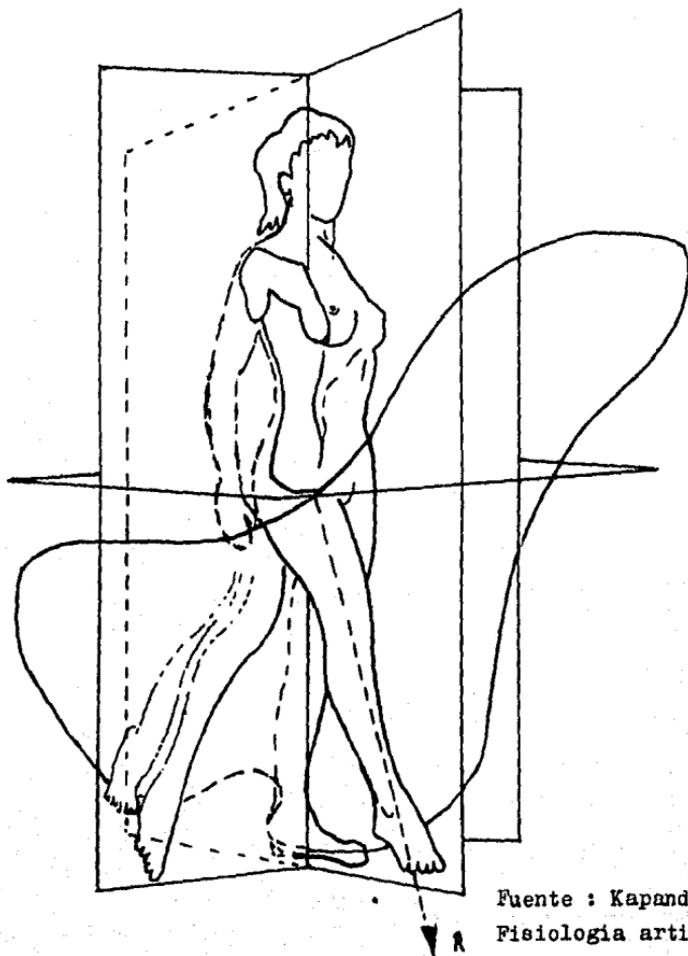


AMPLITUD

30°



7.- CIRCUNSCRIPCIÓN .- Es la combinación simultánea de -
los movimientos elementales de la cadera, realizados alrededor
de los tres ejes.

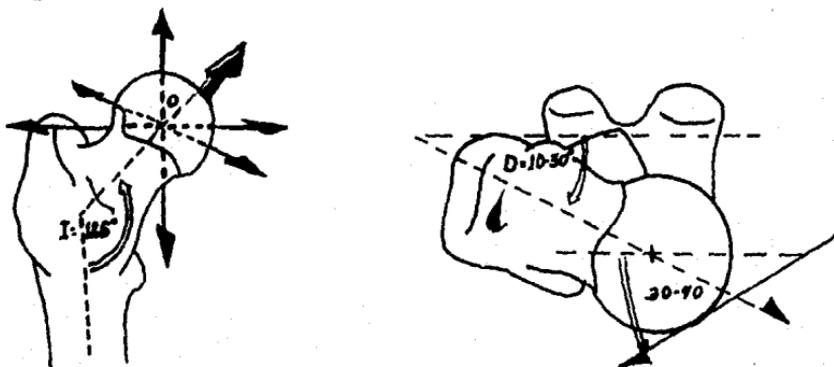


Fuente : Kapandji
Fisiología articular
Ed. Toray-Masson
1981

ORIENTACION DE LA CABEZA FEMORAL Y EL COTILO

La cabeza femoral está constituida por dos tercios de una esfera. Por su centro geométrico pasan los tres ejes de la articulación. El cuello femoral sirve de apoyo a la cabeza del fémur y asegura la unión con la diáfisis. El eje del cuello femoral es oblicuo hacia arriba, adentro y adelante ; de este modo forma con el eje diafisario un ángulo de 125° llamado ángulo de INCLINACION.

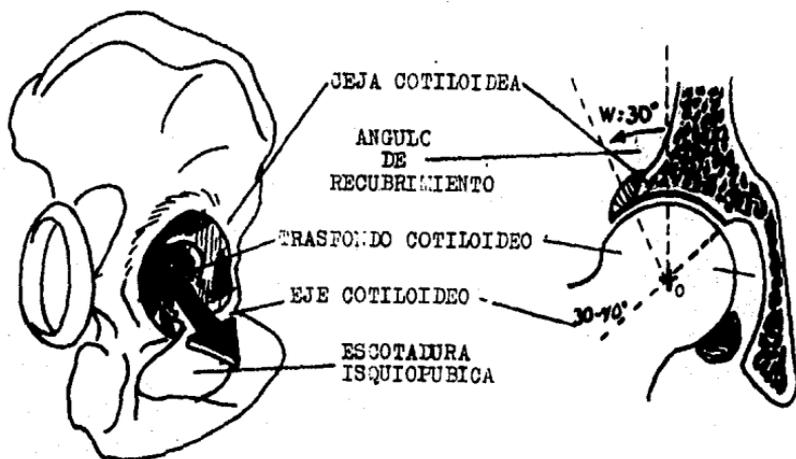
En el plano frontal forma un ángulo de 10 a 30° llamado ángulo de DECLINACION.



La cavidad cotiloidea recibe la cabeza femoral y está situada en la cara externa del hueso ilíaco en la unión de sus tres partes constitutivas. Tiene forma de hemiesfera, limitada en su contorno por la ceja cotiloidea. Sólo la periferia del cótilo está incrustada de cartílago y es la llamada media luna articular, que se encuentra interrumpida en su parte inferior por la escotadura isquiática.

La porción central del cótilo no entra en contacto con la cabeza femoral y recibe el nombre de trasfondo cotiloideo.

El cótilo no está orientado directamente hacia afuera, - sino que mira hacia abajo y hacia adelante. En un corte vertical se ve con claridad esta orientación hacia abajo: el eje del cótilo forma un ángulo de 30 a 40° con la horizontal lo que implica que la porción superior del cótilo desborda - por fuera a la cabeza; este desbordamiento se mide por el ángulo de recubrimiento W, que en condiciones normales es de 30° (ángulo de Wiberg). A nivel del techo cotiloideo es donde la presión de la cabeza es mayor y donde el cartilago- de la misma y de la media luna articular es más grueso.



ORIENTACION DE CABEZA FEMORAL
Y EL COTILO .

Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

ARQUITECTURA DE LA CADERA

La orientación del sistema trabecular de la cadera es una magnífica representación de los esfuerzos que suceden a dicho nivel.

La estructura trabecular del tejido esponjoso está orientada de tal manera que los esfuerzos sólo están solicitados en tracción o de compresión, pero nunca por cizallamiento.

A continuación se presentan dichos sistema trabeculares.

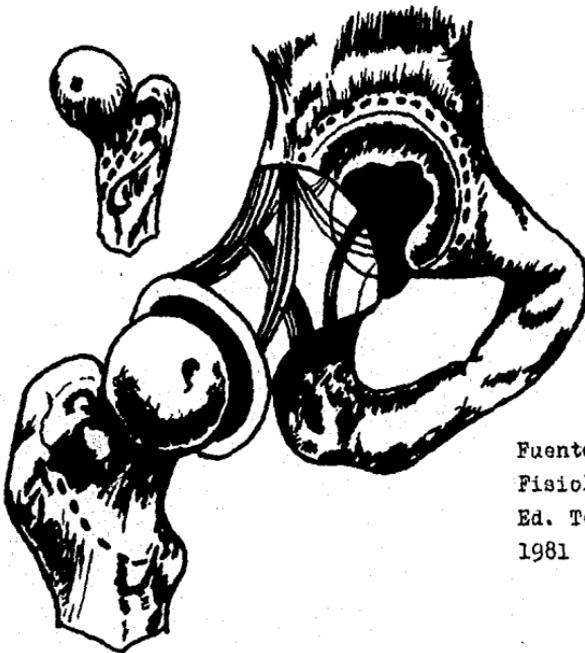


Fuente: I.A Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toary-Masson
1981

CAPSULA ARTICULAR

La cápsula articular tiene forma de un manguito cilíndrico extendido sobre el hueso ilíaco y el extremo superior del fémur. Dicho manguito tiene cuatro tipos de fibras: Oblicuas , Longitudinales , arciformes y circulares.

Por su extremo medial la cápsula se fija con la caja cotiloidea , el ligamento transverso y en la cara periférica del rodete cotiloideo. Por su extremo femoral , se inserta según una línea que pasa por delante , a lo largo de la línea intertrocantérica y por detrás, en la unión del tercio externo con los dos tercios internos .



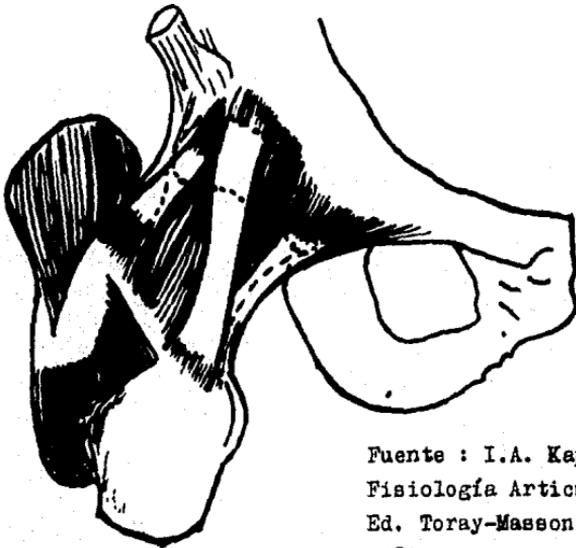
Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

LIGAMENTOS DE LA CADERA

La cápsula de la articulación Coxofemoral está reforzada por ligamentos potentes, situados en sus caras anterior y posterior.

Cara anterior.- Ligamento Iliofemoral o Ligamento de - Bertin, abanico fibroso cuyo vértice se inserta en el hueso ilíaco, por debajo de la espina anteroinferior y su base se adhiere al fémur en la línea intertrocantérea anterior, se divide en dos fascículos, superior o iliopretrocantéreo y - el inferior o iliopretrocantiniiano.

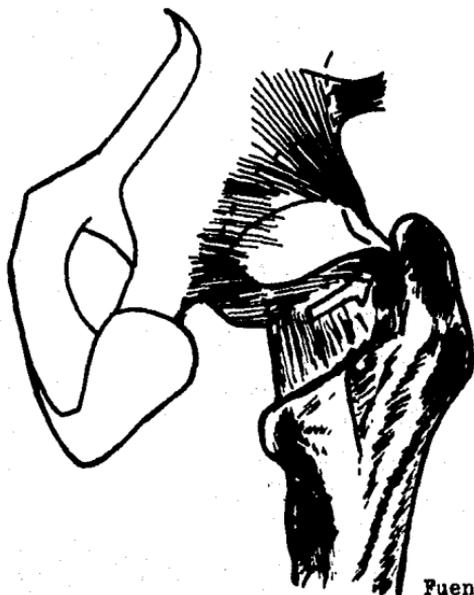
El segundo ligamento es el Pubofemoral que se inserta - en la eminencia ilipectínea y por abajo en la parte ante - rior de la fosita pretrocantiniiana.



Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

LIGAMENTOS DE LA CADERA

Cara Posterior .- Sólo existe un ligamento , el Isquio femoral que se inserta en la parte posterior de la ceja y el rodete ctiloideos, sus fibras cruzan la cara posterior del cuello y se fijan en la cara interna del trocanter - mayor.



Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

MUSCULOS DE LA CADERA

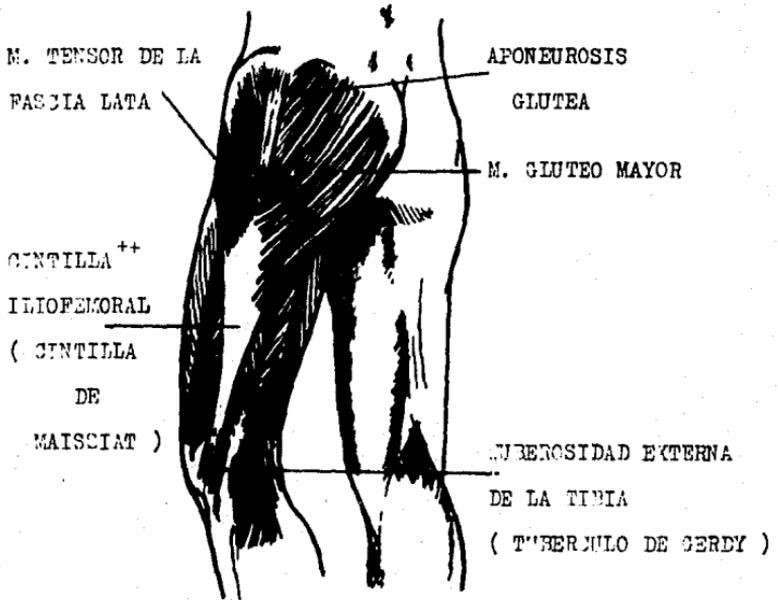
El Deltoides Glúteo forma un abanico muscular amplio en la superficie externa de la cadera. Debe a su forma triangular - de punta inferior su nombre y a su analogía, tanto anatómica como funcional con el Deltoides braquial.

Está formado por dos cuerpos musculares que ocupan los bordes anterior y posterior del triángulo ; por delante el músculo Tensor de la fascia lata (1) inserto en la espina ilíaca - anterosuperior y tiene una dirección oblicua hacia abajo y - atrás ; por detrás la porción superficial del glúteo mayor - que se fija en el tercio posterior de la cresta ilíaca y de la cresta sacra dirigiéndose hacia abajo y adelante.

Estos dos músculos terminan en un desdoblamiento del borde posterior y anterior de la Cintilla iliofemoral o Cintilla - de Maissiat, engrosamiento longitudinal de la fascia lata - (porción externa de la aponeurosis crural) de éste modo , a partir de la inserción del m. Tensor y del glúteo superficial ésta cintilla viene a ser el tendón terminal del deltoides - glúteo, que se irá a fijar en la superficie externa de la - tuberosidad tibial, en el tubérculo de Gerdy. Entre el m. - tensor de la fascia lata y el glúteo mayor, la aponeurosis - glútea recubre al glúteo mediano.

Las dos porciones musculares del deltoides glúteo pueden - contraerse por separado, pero cuando entran en acción de mane - ra equilibrada , la tracción sobre el tendón se efectúa en el eje longitudinal y el deltoides glúteo efectúa la abducción pura .

EL DELTOIDES GLUTEO



Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray/ Masson
1981

** Tractus iliotibialis

MUSCULOS DE LA CADERA

- FLEXORES PRIMARIOS 1, 2, 3 y 4 : SECUNDARIOS 5, 6 y 7.
- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1.- PSOAS ILIACO (1 y 1') | (M. ILIOPSOAS) |
| 2.- SARTORIO | (M. SARTORIUS) |
| 3.- RECTO ANTERIOR | (M. RECTUS FEMORIS) |
| 4.- TENSOR DE LA FASCIA LATA | (M. TENSOR FASCIAE LATAE) |
| 5.- PECTINEO | (M. PECTINEUS) |
| 6.- ADUCTOR MEDIANO | (M. ADDUCTOR LONGUS) |
| 7.- RECTO INTERNO | (M. BRASILIS) |

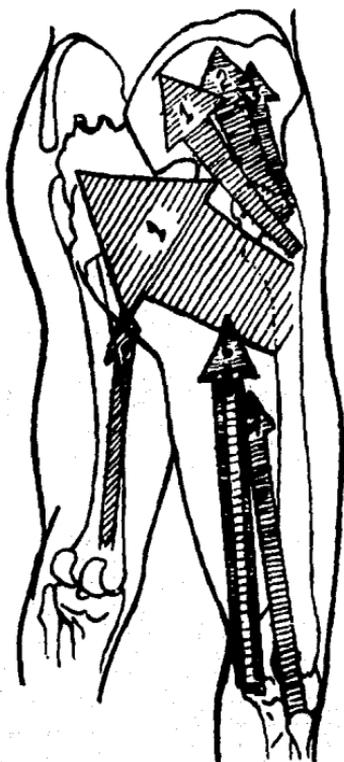


Fuente : I.A.Kapandji
 Fisiología Articular
 R Ed. Toray-Masson
 1981

MUSCULOS DE LA CADERA

EXTENSORES

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1.- GLUTEO MAYOR | (M. GLUTEUS MAXIMUS) |
| 2.- GLUTEO MEDIANO | (M. GLUTEUS MEDIUS) |
| 3.- GLUTEO MENOR | (M. GLUTEUS MINIMUS) |
| 4.- BICEPS CRURAL | (F. BICEPS FEMORIS) |
| 5.- SEMITENDINOSO | (M. SEMITENDINOSUS) |
| 6.- SEMIMEMBRANOSO | (M. SEMIMEMBRANOSUS) |

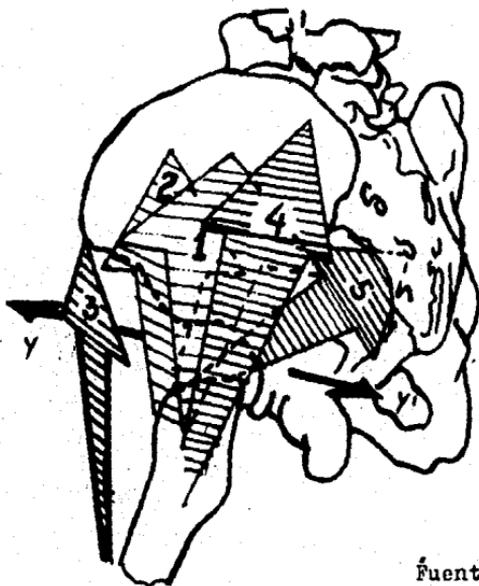


Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toary-Masson
1981

MUSCULOS DE LA CADERA

ABDUCTORES

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1.- GLUTEO MEDIO | (M. GLUTEUS MEDIUS) |
| 2.- GLUTEO MENOR | (M. GLUTEUS MINIMUS) |
| 3.- TENSOR DE LA FASCIA LATA | (M. TENSOR FASCIAE LATAE) |
| 4.- GLUTEO MAYOR | (M. GLUTEUS MAXIMUS) |
| 5.- PIRAMIDAL | (M. PIRIFORMIS) |



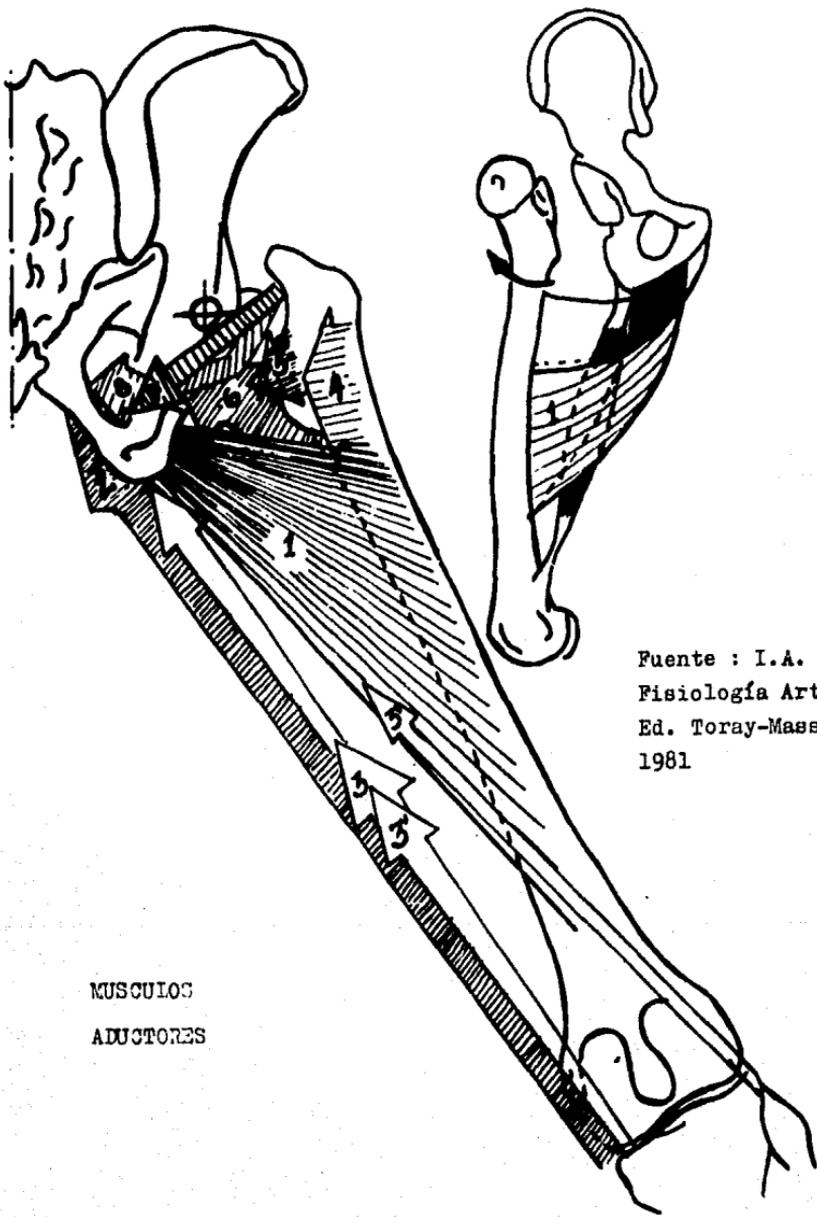
Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

MUSCULOS DE LA CADERA

ADUCTORES

- | | |
|-----------------------|---|
| 1.- ADUCTOR MAYOR | (M. ADDUCTOR MAGNUS) |
| 2.- RECTO INTERNO | (M. GRACILIS) |
| 3.- ISQUIOTIBIALES | (M. SEMITENDINOSUS 3)
(M. SEMIMEMBRANOSUS 3')
(M. BICEPS FEMORIS 3'') |
| 4.- GLUTEO MAYOR | (M. GLUTEUS MAXIMUS) |
| 5.- CUADRADO CRURAL | (M. QUADRATUS FEMORIS) |
| 6.- PECTINEO | (M. PECTINEUS) |
| 7.- OBTURADOR INTERNO | (M. OBTURATORIUS INTERNUS) |
| 8.- OBTURADOR EXTERNO | (M. OBTURATORIUS EXTERNUS) |
| 9.- ADUCTOR MEDIANO | (M. ADDUCTOR LONGUS) |
| 10.- ADUCTOR MENOR | (M. ADDUCTOR BREVIS) |

Los músculos aductores de la cadera son indispensables para el " EQUILIBRIO DE LA PELVIS EN APOYO UNILATERAL " .



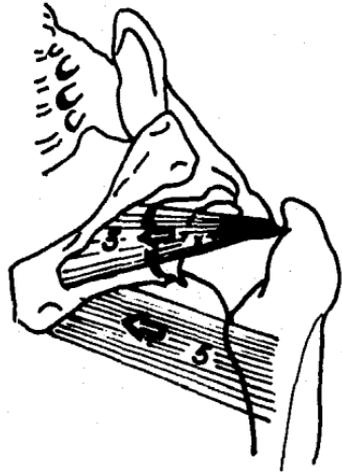
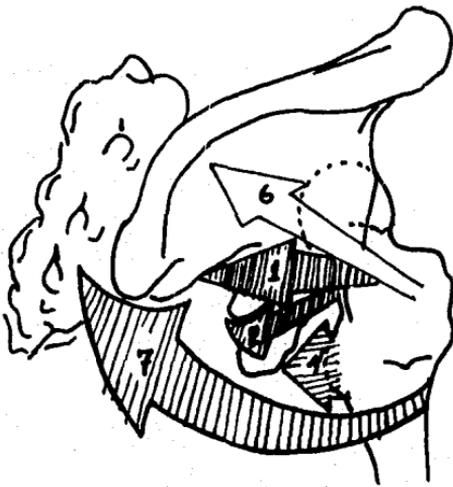
Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

MUSCULOS
ADUCTORES

MUSCULOS DE LA CADERA

ROTADORES EXTERNOS

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1.- PIRAMIDAL | (M. PIRIFORMIS) |
| 2.- OBTURADOR INTERNO | (M. OBTURATORIUS INTERNUS) |
| 3.- OBTURADOR EXTERNO | (M. OBTURATORIUS EXTERNUS) |
| 4.- CUADRADO CERVICAL | (M. QUADRATUS LUMBORUM) |
| 5.- PECTINEO | (M. PECTINEUS) |
| 6.- GLEUO MEDIANO | (M. GLUTEUS MEDIUS) |
| 7.- GLEUO MAYOR | (M. GLUTEUS MAXIMUS) |

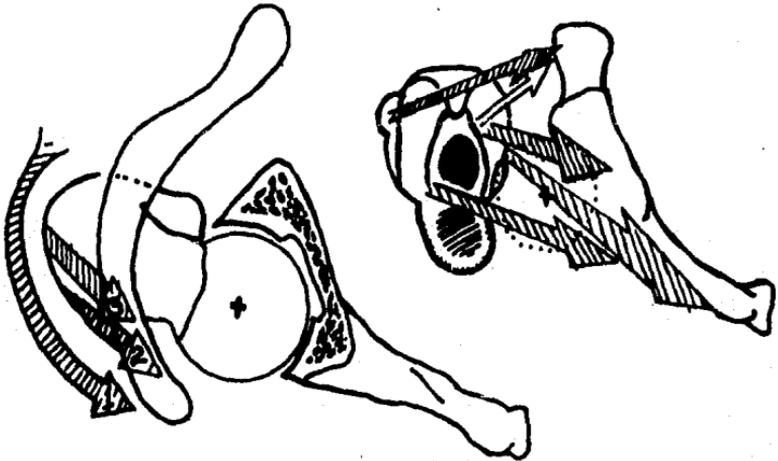


Fuente : I.A. Kapandji
Fisiología Articular
Ed. Toray-Masson
1981

MUSCULOS DE LA CADERA

ROTADORES INTERNOS

- 1.- TENSOR DE LA FASCIA LATA (M. TENSOR FASCIAE LATAE)
- 2.- GLUTEO MENOR (M. GLUTEUS MINIMUS)
- 3.- GLUTEO MEDIANO (M. GLUTEUS MEDIUS)



Los músculos motores de una articulación dotada de tres - sentidos de libertad de movimiento no poseen acciones idénticas , sea cuál fuere su posición con respecto a la articulación , las acciones secundarias pueden cambiar e incluso - se invierten , ésto depende del sitio de apoyo y así un rotador interno puede dar rotación interna y viceversa .

HISTORIA

ETIOPATOGENIA

TECNICAS QUIRURGICAS

EMPLEADAS EN COXA SALTANS

HISTORIA

Se debe a Ferrin en 1885 la primera observación de un paciente con Coxa Saltans y a Morel y Lavalle la primera interpretación válida de tal fenómeno.

Tale A. profundizó sus estudios sobre cadáveres y señaló la sospecha que el resalto se debía a la depresión de las fibras anteriores del músculo glúteo mayor al pasar por delante del trocánter mayor en determinados movimientos de la cadera.

Ferraton en 1905 guiándose en éstas conclusiones llega a la intervención quirúrgica de un caso de Coxa Saltans, constatando con buen éxito lo anterior y además impidiendo el resalto con un discreto levantamiento de las fibras anteriores del glúteo mayor.

La Coxa Saltans puede obedecer a otras causas además de las que se acaban de mencionar. Godoy - Moreira en el año de 1939 describieron un caso en que el chasquido ocurría cuando la porción posterior de la fascia lata se enganchaba en el borde superior del trocánter mayor, anormalmente grande; se reseccó parte del trocánter mayor y se escindió una masa fibrosa que estaba en la fascia lata junto a dicha región (trocánter) con resultados excelentes a los 6 años de la operación.

Carrel mencionó un caso debido a bursitis trocánterica y Nunziati y Blumenfeld mencionaron dos casos por deslizamiento del tendón del Psoas ilíaco sobre la eminencia iliopectí

nea , que fueron tratados con alargamiento del tendón .
Como ésto también puede obedecer a un Osteocondroma de la -
región trocánterica, siempre se deben realizar radiografías
de la cadera afectada.

Negli (1928) , Parsons (1930) , Scaglietti (1932) ,
señalaron numerosos casos de Coxa Saltans y en forma varia-
ble interpretaron tal fenómeno.

Howse en 1972 reporta el hallazgo de Coxa Saltans en -
bailarinas durante determinados movimientos de flexión o
abducción de la cadera en el plano frontal y sagital , en -
contrandola ocasionalmente en la extremidad en el apoyo mo-
nopodálico .

El Dr. Jacobs en 1978 señala que la distancia Bi-iliaca
menor observada en Coxa Saltans puede predisponer al resal-
to de dicha articulación. De acuerdo con Singleton y Le -
Veau , un diámetro Bi-iliaco menor está asociado con un -
incremento en el ángulo de inclinación, contribuyendo a un
posible desequilibrio muscular entre los abductores y los
aductores de la cadera. La debilidad de la cápsula y liga-
mentos de la articulación de la cadera es muy probable que
resulte de movimientos excesivos de estiramiento muscular-
y tensiones anormales, sin un desarrollo adecuado de la -
resistencia muscular pericapsular. Así los ligamentos -
relajados por un esfuerzo constante para lograr mayor movi-
lidad disminuyen de resistencia y es así como existe el -
deslizamiento de tendones sobre el trocánter mayor.

ETIOPATOGENIA

La cadera en resorte se encuentra con mayor frecuencia - en la 3a y 4a décadas de la vida, con una clara predominancia por el sexo femenino. La incidencia de tal anomalía es difícilmente valorable en cuanto a que solamente en raras - ocasiones llega a la observación del médico por su escasa - frecuencia y el caracter subjetivo de la sintomatología que aqueja al paciente.

Un minucioso exámen anamnésico puede poner en evidencia la posibilidad de un traumatismo de la cadera con respecto a la aparición de la sintomatología característica. En base a ésto , la etiología traumática está en consideración por varios autores (Dominici , Godoy - Moreira) , pero esto - es en la variedad articular del resalto y en la variedad - extra-articular el registro del traumatismo es sólo un factor coadyuvante en la etiopatogenia.

Sin duda alguna es más importante considerar la alteración anatomopatológica tanto a nivel articular como extra-articular de la cadera.

El factor responsable del resalto es frecuentemente el desarrollo anormal de la fibra tendinosa del músculo glúteo mayor que adherido en forma oblicua en un largo trecho a la superficie posterior del trocánter mayor termina hasta la tuberosidad glútea femoral.

Estas fibras, cuando la cadera se pone en flexión , se acercan al trocánter mayor y estando la cadera en rotación-

medial , el trocánter mayor se encuentra prominente y allí encontramos el resalto de las fibras tendinosas al existir roce entre dichas estructuras.

En muchos otros casos la causa del resalto es un engrosamiento del margen posterior de la fascia lata o de la Bandeleta de Maissiat (Cintilla ilirotibial) , seguido de un movimiento pasivo o activo que pone en contacto con una prominencia aumentada del trocánter mayor , por ejemplo en el caso de Coxa Vara. Debemos tener presente que la superficie del trocánter mayor no se presenta lisa por la existencia de la cresta de inserción del glúteo medio y del vasto externo.

También puede señalarse que el resalto de la cadera está determinado por una alteración de la región trocántérica como una bursitis o bien hasta un osteocondroma.

De lo anterior se deduce que la etiopatogenia y la fisiopatología no tienen un carácter único y por ello el resalto debe analizarse e interpretarse adecuadamente, siendo necesaria la observación directa en la Sala de Intervenciones cuando se decide un tratamiento quirúrgico.

SINTOMATOLOGIA

El resalto en la Coxa Saltans es el único síntoma constante que se presenta y que caracteriza tal afección, pudiendo encontrarse en los pacientes la característica de ser voluntario e indoloro, constituyendo una verdadera habilidad para el desarrollo de tal fenómeno en forma continua. También puede ser habitual y de carácter involuntario integrando una verdadera enfermedad, sobre todo si se acompaña de dolor.

Podemos verificar el resalto de la cadera mediante la palpación, cuando apoyamos la mano sobre la región trocanterica-estando el paciente en decubito supino e indicándole la realización de movimientos activos o bien pasivos de la articulación de aducción combinada con un movimiento de rotación medial hacia la rotación lateral. Si ésto no se provoca con los movimientos anteriores, podemos realizar una flexión gradual de la cadera y siempre partiendo de aducción y rotación medial hacia lateral, determinandose dicho resalto en forma constante.

La inspección muestra un evidente relieve subcutáneo en la región retro-trocanterica de la cadera afectada al realizar los movimientos ya enunciados.

La percepción acústica del resalto es a menudo manifiesta pero por ser un elemento un tanto cuanto subjetivo, no lo podemos considerar como elemento patognomónico de tal enfermedad.

El dolor puede no estar presente en todos los pacientes con Coxo Saltans pero inaudablemente es el síntoma de mayor relevancia en cuanto a constituir el elemento determinante para la valoración y realización del tratamiento quirúrgico.

Habitualmente se acompaña de cansancio de la extremidad afectada , posterior a la realización de caminatas prolongadas , actividades deportivas o gimnásticas y en actividades laborales fatigantes.

TERAPEUTICA EMPLEADA

Es importante señalar que la Coxa Saltans o Cadera en Resorte muy raramente es tributaria de tratamiento quirúrgico y en muchos casos el explicar al paciente la causa de sus síntomas, resalto o chasquido principalmente, prefiere seguir con tratamiento conservador.

Obviamente el tratamiento quirúrgico se indica en los casos cuyo resalto extra-articular de la cadera se acompaña de dolor intenso y persistente, o bien cuando además, existe claudicación continua en la marcha.

El procedimiento quirúrgico debe realizarse previa exploración e identificación adecuada del elemento que resalta, - realizando flexión, aducción y rotación interna de la cadera; ésta maniobras deben realizarse en forma transoperatoria, - visualizando la estructura anatómica responsable del resalto o la crepitación y el acuerdo de varios autores señala que la simple resección del elemento causante puede ser la pauta para evitar las recidivas de la sintomatología, después de la reconstrucción Tendino-aponeurótica.

Sustancialmente la técnica quirúrgica deriva de la aplicada por varios autores y tiene como principio fundamental la fijación de la región profunda de la fascia lata, de la Cintilla iliofemoral o bien del margen anterior del músculo glúteo mayor.

Todavía aparece válida la técnica de Putti en la cuál una vez individualizada la Cintilla iliofemoral con el elemento-

saltante se le disecca separandola de la fascia lata y fijandola al margen posterior de la misma, de modo que la superficie lateral del trocanter mayor no pasa a estar en íntimo contacto con la cintilla iliofemoral.

S. Orlandi del Instituto Ortopédico " G. Pini " de Milano Italia, obtuvo muy buenos resultados con la simple incisión en cruz de la fascia lata y la fijación sucesiva de los cuatro bordes a la fascia muscular; o con la incisión longitudinal de la cintilla y la sutura del borde lateral a la fascia posterior o periostio del trocanter mayor y el borde medial a la fascia muscular.

En los casos en los cuales el responsable del resalto es el glúteo mayor, algunos autores entre ellos Ebner , realiza la sección de la parte anterior del tendón del glúteo mayor y sutura de su muñón al periostio de la superficie posterior del trocanter mayor. De otro modo Wette y Dossar mantienen la cadera en rotación medial fijando la cintilla iliofemoral y el tendón del glúteo mayor detrás del trocanter mayor y de el músculo vasto lateral.

Es siempre aconsejable una inspección cuidadosa del trocanter mayor en cuanto a la posibilidad de encontrar un borde posterior hipertrofico que al ser regularizado, las estructuras aponeuróticas y tendinosas tendrían un mejor deslizamiento a la movilidad de la extremidad.

Asai H., de Dortmund, Alemania del Oeste, realiza alargamiento del tracto iliotibial o Bandeleta de Maissiat para el

tratamiento de la Coxa Saltans mediante una operación plástica en forma de V-Y con seguimiento de sus pacientes intervenidos durante un lapso de 7 años y nos refiere un 100 % de resultados satisfactorios.

Este autor hace incapie que cuando el efecto de la relajación del tracto iliotalial es conservado en límites razonables, es muy difícil esperar trastornos sobre la estática de la pelvis o bien sobre la extremidad intervenida.

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

TECNICA QUIRURGICA

RESULTADOS

OBJETIVOS

El principal objetivo del presente trabajo es el de realizar un análisis de la Técnica quirúrgica practicada en cinco pacientes con Coxa Saltans quienes fueron intervenidos por dicha patología en el servicio de Cadera y Pelvis del Hospital de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional de Enero de 1983 a Junio de 1984.

Esto servirá para normar la conducta terapéutica en otros pacientes con ésta alteración musculoesquelética de la cadera poco frecuente en nuestro medio.

HIPOTESIS

El resalto extra-articular de la cadera o Coxa Saltans es indudablemente una patología bastante rara, y más aún, la resolución quirúrgica que debe adoptarse en tales pacientes.

La intervención quirúrgica se debe llevar a cabo sólo y exclusivamente cuando el dolor, resalto o el chasquido de la cadera interfieran de manera considerable en las actividades cotidianas del individuo.

MATERIAL Y METODOS

Se examinaron cinco pacientes sometidos a intervención quirúrgica por Coxa Saltans o Cadera en Resorte en el Servicio de Cadera y Pelvis del Hospital de Traumatología y - Ortopedia del Centro Médico Nacional, durante un periodo de 18 meses, comprendido de Enero de 1983 a Junio de 1984.

Los pacientes intervenidos fueron cuatro del sexo femenino y uno del sexo masculino y la edad comprendida en ellos fué entre los 19 y 43 años de edad (Tablas 1 y 2).

En tres casos el lado afectado era el izquierdo, en uno era el derecho y hubo otro caso en que la afectación era de tipo bilateral. (Tabla 3).

El interrogatorio intencionado a los pacientes reveló - que tres de ellos (60 %) señalaban un origen traumático y lo que se interpretó como sólo el factor desencadenante de la patología.

La paciente que presentaba afectación bilateral señalaba predominio del lado derecho, cadera la cuál fué intervenida quirúrgicamente.

En los cinco casos (100 %) el dolor de la cadera era - muy intenso y constante, interfiriendo de manera considerable con sus actividades cotidianas, calificándose como una sensación fastidiosa que ocasionalmente provocaba claudicación a la marcha.

CASOS INTERVENIDOS DE COXA SALTANS

Tabla 1

EDADES	CASOS
10 - 20 años	3
21 - 30 años	1
31 - 40 años	
41 - 50 años	1
	<hr/>
	5

Tabla 2

SEXO	CASOS
FEMENINO	4
MASCULINO	1
	<hr/>
	5

Tabla 3

LOCALIZACION	CASOS
IZQUIERDA	3
DERECHA	1
BILATERAL	1
	<hr/>
	5

En todos los casos el resalto era apreciable a la palpación si se le indicaba al paciente realizar los movimientos de flexión, aducción y rotación medial de la cadera y sólo en cuatro casos el resalto de la cadera era perceptible palpatóricamente en la deambulaci3n.

Todos los pacientes sefialaban que el chasquido o resalto era claramente audible y lo pudimos constatar en el 80 % de los casos tambi3n.

En cuanto a antecedentes de patologfa previa, tres de los pacientes negaban afectaci3n de tipo sist3mico, infeccioso, vascular o intervenci3n quir3rgica de cualquier tipo (eran pacientes j3venes cuyas edades oscilaban entre 19 y 20 afios).

Una paciente de 27 afios de edad padecfa de coccigodinia - de tipo cr3nico, con clara dificultad a la marcha e incremento del resalto de la cadera, cuando la sintomatologfa dolorosa de su columna se presentaba. El quinto y 3ltimo caso, era una paciente femenina de 43 afios con sobrepeso importante y con patologfa vascular perif3rica cr3nica en ambas extremidades (Tabla 4).

Los estudios radiogr3ficos especficos de cadera lesionada y de la pelvis no mostraron afectaci3n 3sea ostensible al igual que los estudios realizados de columna vertebral; los 3ngulos c3rvico-diafisarios los encontramos dentro de la normalidad y tampoco hubo basculamientos o acortamientos en las extremidades.

Se descartaron alteraciones metabólicas en todos los pa
cientes mediante estudios de laboratorio de rutina.

Existe el antecedente de etiología probablemente traumá-
tica en tres casos , administrándose en un principio a dos
de ellos Corticoides y Xilocaina localmente sin resultados-
satisfactorios en su clínica de adscripción. (Caso I y IV)

Tabla 4 (ANTECEDENTES DE PATOLOGIA PREVIA)

ALTERACIONES	C A S O S				
	I	II	III	IV	V
CARDIACAS	-	-	-	-	-
PULMONARES	-	-	-	-	-
RENALES	-	-	-	-	-
NEOPLASIAS	-	-	-	-	-
VASCULARES	-	-	-	-	+
QUIRURGICOS	-	-	-	+	-
MUSCULOESQUELETICO					
EXTREMIDADES SUPS.	-	-	-	-	-
COLUMNA	-	-	-	+	-
PELVIS	-	-	-	+	-
EXTREMIDADES INFS.	-	-	-	-	+
COLAGENOPATIAS	-	-	-	-	-
ENDOCRINAS	-	-	-	-	-
SOBREPESO	-	-	-	-	+

RESULTADOS

Los pacientes fueron estudiados tomando en cuenta la evaluación clínica y funcional de la cadera mediante los parámetros siguientes :

DOLOR

MARCHA

MOVIMIENTOS

FUERZA MUSCULAR

PRESENCIA DE CHASQUIDO O RESALTO EXTRA-ARTICULAR .

En tres casos los resultados fueron excelentes , éstos pacientes señalaron ausencia total del dolor y del chasquido o resalto extra-articular de la cadera posterior a la intervención quirúrgica realizada. La exploración física - mostró una marcha normal en todos los casos, con rangos de movilidad de la cadera y fuerza muscular idénticos a la cadera sana en los 16 meses posteriores a la Cirugía.

Debemos mencionar que eran personas jóvenes, en etapa productiva , sin sobrepeso importante o alteraciones sistémicas de consideración; en el caso de la paciente femenina de 19 años de edad con afectación bilateral, el resalto de la cadera no intervenida (izquierda) , no interfería con la realización de sus actividades cotidianas y deportivas.

En dos casos los resultados no fueron satisfactorios ; en una paciente persistió el dolor a la movilidad de la extremidad en la zona del abordaje quirúrgico, lugar donde

TECNICA QUIRURGICA

La técnica quirúrgica adoptada en los cinco pacientes fué una Plastia del músculo Tensor de la fascia lata, la cuál se realizó mediante un abordaje de 18 cms aproximadamente sobre la superficie lateral de la cadera y el muslo, incisión longitudinal de la fascia lata por debajo del borde posterior del trocanter mayor, siguiendo el eje del femur se libera la parte profunda de la Bandeleta de Maissiat o Ligamento iliofemoral y se procede a reseca la porción más lateral del trocanter mayor para finalmente suturar los colgajos invertidos o plegados hacia adentro que fueron liberados de la fascia lata y el ligamento iliofemoral a los bordes anterior y posterior del trocanter mayor, con lo que evitamos la presión de dichos elementos. La sutura se realiza mediante material absorbible tipo Dexon 00 (ácido poliglicocólico) con puntos profundos separados y los superficiales con Dermalon-000 previa colocación de drenaje aspirativo tipo Redón.

En ningún caso se efectuó inmovilización externa y los pacientes tuvieron un posoperatorio hospitalario como promedio de 3 días en los cuales realizaron ejercicios isométricos del cuádriceps y deambulación con apoyo parcial el día de su externamiento. El retiro de los puntos de sutura superficiales fué a los 12 días como promedio en la consulta externa de dicho servicio. Posterior a una cicatrización adecuada fueron enviados al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para el programa de reeducación funcional.

Desarrolló una cicatriz hipertrófica y en otra paciente persistió el dolor y el chasquido de la cadera a pesar de la intervención quirúrgica, motivo por el cuál, ambos casos se consideraron con malos resultados.

El caso IV , que se consideró con malos resultados, era el de una paciente femenina de 27 años de edad , dedicada a las labores del hogar , con estatura de 1.40 mts y 48 Kgs . de peso, tenía el antecedente de Coccigodinia Crónica con irradiación hacia el miembro podálico izquierdo y existencia ocasional de parestesias en dicha extremidad. En su Clínica de adscripción se le infiltró Corticoides y Xilocaina en el Coxis y posterior a ello presenta caída de rodillas y traumatismo indirecto en la cadera izquierda , iniciando dolor en el sitio ya mencionado acompañado de resalto y crepitación que los médicos de su clínica catalogaron como una "Luxación recidivante de cadera izquierda" , enviándose a la Unidad de Traumatología y Ortopedia del C.M.N. para una "valoración de Artroplastia con copa de Smith Peters". En ésta Unidad se descartó el motivo del envío y se le diagnosticó Coxa Saltans izquierda programandose para realizar - Plastia Musculo-aponeurótica del m.Tensor de la fascia lata y resección parcial del trocanter mayor, misma que se lleva a cabo y sin complicaciones en el mes de Septiembre de 1981

La paciente evolucionó con una cicatriz hipertrófica en la superficie lateral de la cadera y muslo intervenidos, con dolor a la palpación y la movilidad en dicho sitio, señalan

do que existía incremento de la coccigodinia y parestesias en la periferia de la cicatriz . Negaba presencia de resalto o chasquido de la cadera, motivo de la intervención realizada, molestias a la deambulación pero nunca tuvo la necesidad de usar aparato de descarga para la marcha. Estas molestias se incrementaban al realizar caminatas excesivas y los estudios radiológicos de Pelvis, columna lumbar y sacro-coccígea en proyecciones antero-posterior y lateral no evidenciaron alteraciones significativas. Se envió al servicio de Medicina Física y Rehabilitación durante tres semanas para fortalecimiento del Cuadriceps y ejercicios de re-educación funcional sin que disminuyeran las molestias y en su última exploración física encontramos franco dolor a la palpación de la cicatriz hipertrófica, con arcos de movilidad y fuerza muscular dentro de la normalidad, ausencia de signos positivos de Trendelenburg, Patrick, Thomas y de Lasague, había intenso dolor en región coccígea y los estudios radiográficos posteriores descartaron nuevamente cualquier alteración ósea o ligamentaria de columna vertebral.

El caso V , que se consideró también con malos resultados se trató de femenina de 43 años de edad, con 1.70 mts , 78 Kgs de peso, trabajadora de una Agencia de Ventas, que señalaba también etiología traumática como desencadenante de su patología de Coxa Saltans. Nos refería que había sufrido Accidente de Trabajo al recibir traumatismo directo en la cadera izquierda con la portezuela de su automovil al

encontrarse laborando, condicionando dolor de tipo crónico en esa región acompañado de crepitación y resalto, siendo intolerables cuando realizaba recorridos extensos. En el mes de Mayo de 1984 se le realizó la Plastia musculo-aponeurótica del Tensor de la fascia lata y regularización del trocánter mayor sin complicaciones. Se retiraron las suturas a las dos semanas enviándose al servicio de Medicina Física para el programa de re-educación funcional. La paciente señaló que desde el principio no desapareció el resalto y la crepitación, apareciendo dolor en la articulación coxofemoral izquierda posterior a los ejercicios de fortalecimiento muscular en la Unidad de Medicina Física.

A la fecha de su última exploración y a 6 meses de la intervención quirúrgica efectuada, la paciente tenía 30 semanas de incapacidad y buscaba licencia de invalidez definitiva, por lo que suponemos que la manifestación sintomática no era objetiva en un cien por ciento.

Refería dolor a la marcha y usaba bastón de descarga parcial, pero la exploración intensionada de la fuerza muscular y los ángulos de movilidad prácticamente eran normales, los signos de Trendelemburg, Thomas y Patrick eran negativos.

Efectivamente encontramos la presencia de chasquido o de resalto en la cadera izquierda, mismo que la paciente provocaba al realizar flexión de 80 grados, aducción de 20 grados y rotación medial; la manera de evitarlo era colocando la extremidad en abducción y rotación lateral. Con respecto

al resalto, éste era de menor intensidad y la paciente nos refería una disminución de aproximadamente el 50 % en relación a su etapa preoperatoria y lo más importante para nuestro estudio fué el corroborar que dicho fenómeno se encontraba a nivel del margen anterior del músculo Glúteo mayor y no sobre la zona intervenida (Tensor de la fascia lata).

RESULTADOS

CASOS EXCELENTES

- | | | | |
|-----|---|----------------------------|------------------------|
| 1 |) | ADRIANA GUADALUPE FIGUEROA | |
| | | FEMENINA 20 AÑOS | COXA SALTANS IZQ. |
| 11 |) | SERGIO OLIVER | |
| | | MASCULINO 19 AÑOS | COXA SALTANS DER. |
| 111 |) | RAQUEL CHAMORRO | |
| | | FEMENINA 19 AÑOS | COXA SALTANS BILATERAL |

CASOS CON MALOS RESULTADOS

- | | | | |
|----|---|----------------------|-------------------|
| IV |) | MA. DE LOURDES LOPEZ | |
| | | FEMENINA 27 AÑOS | COXA SALTANS IZQ. |
| V |) | ASUNCION ESTRADA | |
| | | FEMENINA 43 AÑOS | COXA SALTANS IZQ. |

RESULTADO	CASOS
EXCELENTES	3
MALOS	2
	<hr/>
	5

ANALISIS Y DISCUSION

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANALISIS Y DISCUSION

Los tres casos intervenidos quirúrgicamente de Coxa Saltans y en quienes se les realizó la Plastia musculocaponeurótica del m. Tensor de la fascia lata y la regularización del Trocanter mayor, que evolucionaron satisfactoriamente eran personas al término de la segunda década de la vida (un hombre de 19 años y dos mujeres de 19 y 20 años de edad) , sin patología previa existente ni alteraciones de su peso en relación con su estatura . La exploración física después de 16 meses como promedio de la intervención quirúrgica realizada nos mostró una marcha, movilidad articular y fuerza muscular completamente normales, además, ausencia completa del resalto extra-articular, dolor o chasquido, motivo de su intervención o decisión quirúrgica.

Consideramos los tres casos anteriores como EXCELENTES ya que practicamente los pacientes se encontraban asintomáticos en todos los aspectos , realizando las actividades laborales y deportivas sin dificultad alguna.

El caso IV que se calificó con MALOS resultados, tenía el antecedente de Coccigodinia crónica , fué el que desarrolló cicatriz dolorosa e hipertrófica, con alteración del perfil lateral de la cadera, pero sin la presencia de resalto, chasquido o sensación de luxación de la cadera. Invariablemente la paciente requería de mayores estudios a nivel de columna sacrococcígea y los estudios radiográficos en proyecciones antero - posterior y lateral eran insuficientes para descartar la posibilidad de alteración a ese nivel y motivo de la irradiación -

dolorosa hacia la extremidad podálica izquierda.

Además es necesario recordar que hubo una completa desaparición de la sintomatología de Coxa Saltans caracterizada por resalto y dolor, así podemos mencionar como una complicación - la cicatriz retráctil e hipertrófica que determinó la deformidad en el perfil lateral de la cadera. Consideramos que éste - caso necesita una resección de la cicatriz hipertrófica y la - reconstrucción de tejidos blandos de la superficie lateral de - la cadera, así como un estudio detallado de su patología de - columna sacro-coccígea.

El caso V que se consideró también con MALOS resultados - fué la paciente femenina de 43 años de edad, trabajadora de - una Agencia de Ventas y que nos señalaba el antecedente traumá - tico de su patología (Accidente de trabajo), con persistencia - del dolor y el resalto en el miembro podálico izquierdo a pe - sar de la intervención quirúrgica. Lo que posiblemente haya - sido la causa de ésta evolución trágica es la generalización - de los pacientes con Coxa Saltans sobre el elemento que resalta o crepita, considerandose al músculo Tensor de la fascia - lata como único responsable de la patología, sin explorar al - músculo Glúteo mayor, que era el responsable de la recidiva do - lorosa y del resalto en nuestra última exploración física que realizamos a la paciente.

El resalto extra-articular de la cadera obedece a varias - causas, factor que no se tomó en cuenta desde un principio con ésta paciente, y a razón de ejemplo mencionamos :

- a).- El roce de la porción posterior de la fascia lata.
- b).- El borde engrosado del tracto iliotibial (Cintilla de Maissiat o Ligamento iliofemoral).
- c).- El borde anterior del músculo Glúteo mayor.
- d).- Bursitis trocantérica .
- e).- Crecimiento importante del trocanter mayor
- f).- Osteocondroma de la misma región trocantérica, etc.

En éste caso consideramos que la paciente es candidata a una reintervención quirúrgica, con una exploración física - preoperatoria bien **intencionada** para lograr una perfecta identificación del elemento que resalta y la verificación transoperatoria, lo que nos permitirá la adecuada fijación del elemento productor del resalto o chasquido y así poder presuponer un resultado satisfactorio definitivo.

Es importante señalar que la simple resección del elemento que resalta puede ser insuficiente en cuanto al notable poder regenerativo de la parte anatómica interesada, con la posibilidad de reconstruir la formación responsable del resalto o chasquido.

Conviene señalar que en todos los casos no encontramos trastornos musculares , ligamentarios o capsulares, tampoco hubo desarrollo de infecciones en los tejidos blandos y los ejercicios de re-educación funcional se iniciaron a las 24 hs. del posoperatorio inmediato con ejercicios isométricos del cuádriceps.

Al tercer día del posoperatorio se inició la deambu -

lación con apoyo parcial (baston) , considerandose cicatrizadas las heridas como promedio a las dos semanas y retiro de las suturas dérmicas.

Evidentemente son pocos los casos quirúrgicos estudiados y los resultados son poco concluyentes , pero en casos típicos de ésta patología siempre deberá procederse en forma conservadora, aclarando todas las dudas al paciente y educándolo en evitar los movimientos que desencadenan el chasquido o el resalto extra-articular.

CONCLUSIONES

1.- El resalto extra-articular de la Cadera o Coxa Saltans es indudablemente una afectación bastante rara y en el mayor número de los casos al explicar a los pacientes la causa de su patología puede ser suficiente para tener una mejoría subjetiva de los síntomas y una disminución del resalto y la crepitación propios de la enfermedad, al evitar los movimientos o las actividades que provocan la sintomatología.

2.- Esta patología predomina en el sexo femenino y en la etapa productiva o económicamente activa de la vida (segunda y tercera décadas de la vida).

3.- Concretamos que la Coxa Saltans es un resalto extra-articular de la cadera debido a una máxima pre-tensión del tracto iliotibial o Cintilla de Maissiat, a un engrosamiento del tendón del Glúteo mayor y/o del m. Tensor de la fascia-lata que hace evidente la crepitación al realizar activa o pasivamente los movimientos de FLEXION, ADUCCION Y ROTACION MEDIAL.

4.- Sólo deberá realizarse una intervención quirúrgica en los pacientes con Coxa Saltans cuando las medidas conservadoras y la educación para evitar determinados movimientos no -

disminuyan las molestias , o bien , cuando se incrementen en forma considerable el dolor, el resalto y la claudicación en la marcha, considerandose practicamente insoportable para el paciente.

5.- Los resultados de la Plastia musculoaponeurótica del m. Tensor de la fascia lata y la resección de la superficie lateral del trocanter mayor en los pacientes intervenidos de Coxa Saltans en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional, en el servicio de Cadera y Pelvis se consideraron satisfactorios o EXCELENTES en un 60 %, (tres casos) y MALOS en un 40 % (dos casos), por lo que aclaramos la diferencia significativa que existe con los resultados de Orlandi de Torino, Italia (90 % de resultados satisfactorios) y de Asai y Toemis de Dortmund, Alemania (100 % de resultados satisfactorios). Posiblemente nuestros malos resultados son debidos a una deficiente técnica exploratoria y la falta de identificación precisa del elemento que provoca el dolor y el resalto, tanto en la etapa preoperatoria - como en el acto operatorio.

6.- No encontramos alteraciones óseas en las pelvis afectadas por Coxa Saltans, diferencias pronunciadas en las medidas antropométricas (Peso-estatura ; Distancia Bi-iliaca ; Longitud total de piernas, Mediciones segmentarias de la extremidad podálica afectada, etc), en relación a tablas gene

rales de peso-estatura y mediciones con la extremidad no afectada . Tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto a los rangos de movilidad de Flexo-extensión, aducción-abducción, rotación medial y lateral , como tampoco en la fuerza muscular con lo que descartamos desequilibrios musculares.

7.- El tiempo de terapia rehabilitatoria fué relativamente corto en los casos satisfactorios o Excelentes, teniendo un promedio de duración de tres semanas.

8.- Debe considerarse también que la Reconstrucción plástica del músculo Tensor de la fascia lata debe fijar adecuadamente el elemento saltante para que los resultados sean calificados como definitivos y satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1.- Extra-articular Snapping hip.

L'anca a scatto extra-articolare.

Orlandi S ; Ossola A ; Pellegrini F .

Istituto Ortopedico "G. Pini" , Milano,

Sezione di Ortopedia.

Arch. Sci. Med. (Torino)ITALY . Oct. Dec. 1981

138 (4) page 599-602, Languages ITALIAN.

2.- Snapping hip phenomenon among dancers.

Jacobs M ; Young Robin .

Am. Correct. Ther. Journal. May-Jun 1978

32 (3) page 92-98 , Languages ENGLISH.

3.- Snapping hip. Considerations on 3 cases.

Anca a scatto. Considerazioni su tre casi.

Sgarbi G.

Arch. Ortop. (ITALY) 1966, 79 (5)

page 273-278. Languages ITALIAN.

4.- Examination method for identification of Snapping hip.

Eine untersuchungsmethode zum nachweis der Schnappendenp.

Weyer R ; Toennis D.

Orthop. Klin.: Z. Orthop . Dec. 1980 ; 118 (6).

page 895-896 . Dortmund, Germany West. Summary:ENGLISH.

5.- Lengthening of the iliotalial tract for treatment of Snapping hip.

Die verlängerung des tractas iliotalialis zur behandlung der Schnappenden hufta.

Asai H : Toennis D .

Orthop. Klin. , Stadt . Klin, Dortmund, Germany West.

Orthop. Prax. (Germany ,West). 1979, 15/2 pages 128 -

130 . Languages: German . Summary Languages ENGLISH.

6.- Coxa Saltans. On indication and technic of its surgical therapy.

Coxa Saltans. Zur indikation und technik ihrer operativen behandlung

Chapchal G.

Helv Chir. Acta (Switzerland) Feb 1967 ; 34 (1) .

pag 32-35 Summary English.

7.- Snapping hip : A variation.

Nunziata A : Blumenfeld I .

Frensa Mod. Argent. 1951 . Abstracted in int.

Abst. Surg. 94 : 138 ; 1952.

8.- Snapping hip.

Godoy- Moreira F.E.

Chir. Organi Mov. 24 (381) 1939.

Abstract in J. Bone Joint Surg. 14(574) 1940.

- 9.- Cirugía Ortopédica de Campbell
C. V. Mosby Company. VI Edición . 1981
Editorial Intermédica. Buenos Aires, Argentina.
- 10.- Cuadernos de Fisiología Articular.
I . A . Kapandji. III Edición. 1977
Editorial Toray-Masson, S.A. Barcelona, España.
- 11.- Anatomía Humana.
R. D. Lockhart : G. F . Hamilton.
Editorial Interamericana . México D.F.
- 12.- Anatomía Humana.
Voss; H. Herllinger R :
Editorial El Ateneo. Buenos Aires , Argentina.
- 13.- Atlas de Anatomía Humana
R.D. Sinelnikov .
Editorial M I R 1981 . Rusia (Habana, Cuba).
- 14.- Atlas de Anatomía Humana
R.M.H. McMinn ; R.T. Hutchings .
Editorial Interamericana . Madrid 1980 .