

11245

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

87

**TRATAMIENTO ORTOPEDICO QUIRURGICO DE LA
CADERA PARALITICA EN MIELODISPLASIA**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL HINOJOSA OCAMPO

MEXICO, D.F. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



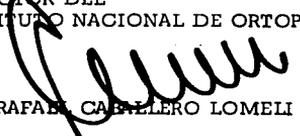
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DIRECTOR DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEEDIA


DR. RAFAEL CASTELLERO LOMELI

TUTOR Y ASESOR DE TESIS


DR. ALBERTO OROZCO GONZALEZ

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. DANIEL ASCENCIO GONZALEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	11
COMPLICACIONES	18
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	20
PROTOCOLO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON MIELODISPLASIA	22
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento de la cadera parálitica por Mielodisplasia es un tema de controversia. Diferentes centros hospitalarios exponen su filosofía respecto al tema, pero creemos, es importante la experiencia que cada quien tenga en este tipo de afección. Hay diferentes factores que determinan la conducta de tratamiento en estos pacientes como por ejemplo; el nivel neurológico de lesión medular, el cual nos determinará el déficit motor de las caderas agregándose otros factores, tales como hidrocefalia, la cual puede promover retardo mental y espasticidad. Otro factor es la oblicuidad pélvica que llevará por sí misma a una subluxación o luxación de la cadera del lado alto de la pelvis. Algunos procedimientos para este tipo de cadera podría ser: reducción abierta, transferencia al isquion de aductores, osteotomía varizantes y retroversoras, transferencia de iliopectíneos a trocánter mayor y rotación acetabular, mediante osteotomías tipo Pemberton o Salter (7,9), estos procedimientos respecto cirugía de primera intención. Otros procedimientos quirúrgicos calificados como asociados y secundarios serían: Diáfiseotomías, osteotomías extensoras y flexoras de femur proximal, osteotomía tipo Chiari, osteotomías varizantes o valgizantes para contracturas de la cadera en abducción o aducción respectivamente, artroplastia de Colonna,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

procedimiento de Girdlestone y osteotomías pélvicas desrotadoras.
(7, 9, 2)

Según Sharrard y Carroll, el fracaso del tratamiento quirúrgico para la cadera con mielodisplasia, se debe a que se opera a todos los pacientes a todas las edades (10), por lo cual, recomiendan más selectividad. Se ha pensado que deben ser candidatos a cirugía aquellos pacientes que tengan posibilidad potencial ambulatoria. Feiwel (2) plantea la interrogante: ¿es la luxación de la cadera, una causa de falta de funcionalidad? tratándose así de relacionar los beneficios potenciales de la cirugía contra el alto riesgo razonable. Varios resultados han indicado que la ambulación no parece tener ninguna relación con la estabilidad de la cadera. Muy pocos son los pacientes que se quejan de dolor en su cadera luxada cuando ésta no ha sido operada. Tampoco se ha reportado por ningún autor la pérdida de la movilidad de la cual pueda responsabilizarse a la luxación de la cadera. Así mismo, es difícil encontrar un aumento en los arcos de movilidad de las articulaciones en los pacientes con reducción quirúrgica.

La luxación de la cadera, deformidad común en la Mielodisplasia se puede dividir en los siguientes tipos:

Teratológica (se desarrolla dentro del útero)

Congénita (ocurre al nacer)

Adquirida (ocurre después del nacimiento con luxación gradual de la cabeza femoral (8, 11))

La luxación parálitica en niños con mielodisplasia - resulta del imbalance muscular que actúa en la cadera y secundariamente a cambios en la estructura del cuello femoral, con atenuación de la cápsula y ligamentos. Actuando flexores con o sin aductores de la cadera, en ausencia de abductores y extensores de la misma, - siendo esto, la causa usual de la luxación. Secundariamente a este imbalance se presenta coxa valga, laxitud de la cápsula, aumento de la anteversión femoral y desarrollo de un acetábulo insuficiente, dando así en forma progresiva subluxación y luxación de la cadera (8)

O B J E T I V O S

El presente trabajo consta de tres objetivos:

a) Revisar la literatura acerca del tratamiento de la cadera parálitica de la Mielodisplasia.

b) Hacer una revisión y evaluar los resultados obtenidos en pacientes con esta afección en el Instituto Nacional de Ortopedia, además de tratar de definir la conducta que se emplea en el Módulo de Cadera de este hospital.

c) Proponer un protocolo de estudio y tratamiento basado en la experiencia del Instituto y en el programa que sigue el Hospital Rancho Los Amigos de California E.U. Buscando así, la unificación de criterios en el estudio y tratamiento del paciente con Mielodisplasia, ya que no se cuenta en este Instituto con una clínica de cadera parálitica.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Sharrard y Col. (4,9,10), han concluido que la Intervención quirúrgica profiláctica, encaminada a corregir acortamiento de los musculos aductores y flexores, mediante tenotomías y alargamientos hasta neurotomías parciales del obturador, pueden mejorar la función y aliviar o prevenir el dolor, controlando por consiguiente el desarrollo de subluxación o luxación de la cadera, tan pronto -- como sea diagnosticado el paciente.

Considerando que la intervención quirúrgica debe estar indicada cuando la abducción de las caderas es menor de 45° y existen cambios displásicos acetabulares. Así mismo, reporta el mismo autor que el 75% de pacientes tratados con tenotomía de aductores y psoasiliaco, se tornaron pacientes con caderas estables.

Jackson y col (6) revisaron 24 pacientes con Mielodisplasia, clasificando las caderas como estables, luxadas y subluxadas, presentando un nivel neurológico lumbar alto (lesión de L2 - L3), tratándoseles a estos pacientes con procedimiento de Sharrard reportando 50% buenos resultados y 50% malos resultados. Concluyéndose así, que este procedimiento es aconsejable en pacientes -

menores de 5 años con caderas estables. En pacientes mayores de 5 años con displasia acetabular se recomienda, por otro lado, osteotomía de Chiari más transferencia de iliopectíneas y no indicar esta misma transferencia en pacientes con cirugía previa a menos que sea el procedimiento de Chiari.

London y Nichols (3) recomiendan la transferencia de aductores mediano y menor, así como de iliopectíneas a trocánter mayor para la restauración del balance muscular, basándose en los siguientes principios:

- 1) Obtener la reducción de la cadera que se encuentra luxada.
- 2) Mantener la reducción mediante tirantes de abducción y extensión.
- 3) Corregir las deformidades óseas como valgo, anteversión femoral y displasia acetabular.
- 4) Balance muscular de la cadera.

La mejoría del balance muscular, fué demostrado por

la disminución en la incidencia y severidad de contracturas en flexión y aducción, con aumento en el poder extensor abductor.

Drumond y Moreau (7) reportan la estabilización de las caderas en el 69% de los casos pero mejoría funcional únicamente en el 26% de ellos.

Por otro lado, se ha realizado procedimiento de Colonna en pacientes con nivel neurológico torácico (Lesión por arriba de T 12) notificándose 79% de buenos resultados recomendándose así esta técnica como de primera elección en este tipo de pacientes en los cuales las transposiciones han fallado o donde no hay músculos que transponer. Citan así mismo, a las fracturas como las más frecuentes complicaciones, por lo que requirieron de un período más prolongado de inmovilización, sin que esto se reflejara en la disminución de los arcos de movilidad de la articulación.

Menelaus (8,11) sugiere osteotomía varizante y desrotadora en aquellos pacientes, donde no hay fuerza muscular.

Weismann también ha trabajado con pacientes poliomiélicos y con mielodisplasia, comunicando buenos resultados con el procedimiento de Colonna. (8)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de quince pacientes con diagnóstico de Mielodislasia en el Instituto Nacional de Ortopedia, - S.S.A., los cuales reportaron en su consulta inicial, edades entre 1 a 27 años, con un promedio de 9.4 años. Todos excepto uno, tuvieron cierre quirúrgico del defecto neurológico, variando en edad - de 6 hrs. a 18 años, con un promedio de 2.3 años. El predominio - de sexo fue femenino, concordando esto con datos reportados en -- otros trabajos, detectándose así 9 casos femeninos y 6 masculinos. Respecto a las caderas afectadas, estas se clasificaron con una radiografía AP de pelvis clasificándose en estables, subluxadas y luxadas. Hubo cuatro casos unilaterales, entendiéndose por esto caderas asimétricas en su situación en el mismo paciente; en diferencia con los casos bilaterales que presentaban las caderas con alteración o normalidad simétrica.

Predominó la luxación de la cadera derecha, la cual - fué en número de 8 contra 5 del lado izquierdo. El seguimiento fue el lapso posterior a la cirugía en los pacientes tratados con procedi- mientos invasivos a nivel de la cadera; en los pacientes tratados - conservadoramente el seguimiento fué desde su consulta inicial, --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hasta la última nota de su expediente. En los pacientes quirúrgicos el promedio de seguimiento fué de 4 a 6 años, con promedio de 5 -- años; en los pacientes tratados conservadoramente fué de 1 a 9 años, con promedio de 4 años. Siendo así cuatro pacientes quirúrgicos y 11 los pacientes tratados conservadoramente.

El tratamiento conservador consistió en ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, así como aumento en los -- arcos de movilidad y uso de ortesis.

Se determinó el nivel neurológico de lesión de cada -- paciente de acuerdo a la clasificación de Felwell (2); la cual se expone a continuación:

TORACICO.- Cuando no hay sensibilidad ni capaci-- dad motora de ningún músculo a nivel de la cadera o de miembros inferiores. En este tipo de pacientes, las caderas pueden luxarse o no, pero son los más afectados ya que presentan un importante déficit motor.

LUMBAR ALTO.- Son aquellos pacientes que presen-- tan función voluntaria de flexión y/o aducción de la cadera y/o ex-- tensión de la rodilla. Casi el 100% de estos pacientes presentan --

luxación de cadera, si no se les trata. En estos casos la funcionalidad se puede mejorar con tratamiento quirúrgico ortopédico.

LUMBAR BAJO.- Se denominan así a los pacientes que presentan flexión voluntaria de la rodilla o alguna otra de las siguientes funciones: dorsiflexión del tobillo o abducción de la cadera. En este grupo neurológico el imbalance muscular ya no es importante, ya que se cuenta con fuerza abductora disminuyendo así la frecuencia de luxación.

SACRO.- Se define así a los pacientes que presentan alguna de las siguientes funciones: función voluntaria del tobillo para la flexión plantar, flexión de los dedos, función del glúteo mayor. - En este grupo de pacientes son raras las luxaciones, pero este tipo de pacientes puede presentar contracturas de partes blandas, lo cual -- puede requerir de cirugía.

De este modo se detectaron:

Tres pacientes con nivel torácico

Tres pacientes con nivel lumbar alto

Tres pacientes con nivel lumbar bajo, y

Seis pacientes con nivel sacro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

Los resultados se juzgaron de acuerdo a la mejoría - del estado funcional del paciente y/o a una mejor calidad de vida, - sin tomar en cuenta la reducción de las caderas, juzgándose así - como buenos resultados los pacientes que se adaptaron mejor a sus ortesis, los que mejoraron su patrón de marcha y funcionalidad. Los resultados regulares fueron aquellos que no tuvieron ningún cambio - en su estado funcional previo al tratamiento. Los malos resultados fueron cuando el paciente empeoró su estado funcional después del tratamiento.

Los procedimientos quirúrgicos en los cuatro pacien- tes tratados en esta forma fueron:

Primer caso.- En este paciente masculino de 7 años de edad, se le efectuó tenotomía de aductores, reducción abierta, - transposición de iliopectíneos a trocánter mayor con la técnica de Mustard, así como osteotomía tipo Salter y revisión de la reducción de - la cadera desarrollando así, necrosis de la cabeza femoral, empeorando así el estado de su articulación. Este paciente presentaba - luxación de cadera derecha, perteneciendo al grupo lumbar bajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Segundo caso.- En este paciente de 5 años de edad, femenino que presentaba luxación de cadera derecha, se realizó tenotomía de aductores e iliopectíneas así como reducción abierta, lográndose la marcha con aparatos largos y muletas. Pertenecía al grupo lumbar alto.

Tercer caso.- A este paciente masculino de 7 años de edad, el cual presentaba caderas estables pero con contractura en flexión se le realizó una fasciotomía alta y baja de la banda iliotalar (a nivel de la cadera y muslo) mejorando así su patrón de marcha. - Este paciente pertenecía al grupo sacro.

Cuarto caso.- Paciente masculino de 2 años de edad con luxación de cadera derecha. Se le realizó tenotomía de aductores, osteotomía subtrocantérica y transposición de iliopectíneas a trocánter mayor, consiguiéndose así, la reducción de la cadera y el mejoramiento de su funcionalidad. Este caso era del grupo lumbar bajo.

De los 11 pacientes tratados en forma conservadora, 7 pacientes presentaron buenos resultados y 4 pacientes resultados regulares.

De los 15 pacientes en total se obtuvieron 10 pacientes

con buenos resultados (66.6%). Cuatro pacientes con resultados -
regulares (26.6%) y un paciente con resultados malos (6.6%).

Hubo un paciente a el cual se le sometió a fusión es
pinal estabilizadora e instalación de varillas de Harrington, las -
cuales le provocaron escaras en la región lumbar, pero cuando esto
estuvo resuelto, fué capáz de deambular ayudado de ortesis. El
resultado malo fué aquel paciente, a el cual se le realizó reducción
abierta en dos ocasiones de su cadera luxada, presentando poste---
riormente necrosis de la cabeza femoral.

De los cuatro pacientes que se trataron en forma qui-
rúrgica, 3 de ellos presentaban una edad por arriba de los 5 años al
acudir al hospital (5, 5, y 7 años), así mismo, tres de estos 4 pacien-
tes tratados en forma quirúrgica presentaban luxación de cadera en -
forma unilateral. La mejor evolución fué la del paciente que inició
su tratamiento quirúrgico a los 2 años de edad.

De los once pacientes tratados en forma conservadora,
diez presentaron afección bilateral y el decimo primer paciente tenfa
unicamente subluxación de la cadera derecha, perteneciendo este ul-
timo paciente al grupo torácico. De este modo se detectaron seis pa-
cientes del grupo sacro que no presentaron problema de luxación, -

dos pacientes del grupo lumbar alto con luxación bilateral, un paciente torácico con luxación bilateral, así como otros dos pacientes con el mismo nivel neurológico, uno con caderas estables y otro con subluxación unilateral. El único paciente del grupo sacro, tratado con cirugía fué aquel que presentaba contractura en flexión de las caderas, a el cual se le realizó fasciotomías.

CUADRO QUE CONFRONTA EL GRADO DE ESTABILIDAD DE LAS CADERAS CON EL NIVEL NEUROLOGICO DE LESION, TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD FINAL

PACIENTES	ESTABILIDAD DE CADERAS		NNL	TRAT	FUNCIONALIDAD RESULTADOS
	IZQ.	DER.			
1	1	3	LB	Q	C
2	1	1	S	C	B
3	3	3	LA	C	A
4	1	1	S	C	A
5	2	2	LA	Q	A
6	1	1	S	C	A
7	1	1	S	Q	A
8	1	1	LB	Q	A
9	1	1	T	C	A
10	1	1	S	C	B
11	3	3	T	C	B
12	1	2	T	C	A
13	3	3	LA	C	B
14	3	3	LB	C	A
15	1	1	S	C	A

ESTABILIDAD DE LAS CADERAS: 1 Estable
2 Subluxada
3 Luxada

NIVEL NEUROLOGICO DE LESION: (NNL)
T Torácico
LA Lumbar alto
LB Lumbar bajo
S Sacro

TRATAMIENTO: C Conservador
Q Quirúrgico

RESULTADOS: A Bueno
B Regular
C Malo

SITUACION DE LAS CADERAS ANTES DEL TRATAMIENTO

(TABLA 1-A)

NIVEL NEUROLOGICO	CADERAS		
	ESTABLES	SUBLUXADAS	LUXADAS
TORACICO	3	1	2
LUMBAR ALTO	0	1	5
LUMBAR BAJO	2	0	4
SACRO	12	0	0
TOTAL	17	2	11

SITUACION DE LAS CADERAS DEBPUES DEL TRATAMIENTO

(TABLA 1-B)

NIVEL NEUROLOGICO	CADERAS		
	ESTABLES	SUBLUXADAS	LUXADAS
TORACICO	3	1	2
LUMBAR ALTO	0	2	4
LUMBAR BAJO	3	0	3
SACRO	12	0	0
TOTAL	18	3	9

FUNCIONALIDAD RESPECTO AL NIVEL NEUROLOGICO ANTES DEL
TRATAMIENTO

(TABLA 2-A)

NIVEL NEUROLOGICO	NO	
	AMBULATORIOS	AMBULATORIOS
TORACICO	1	2
LUMBAR ALTO	0	3
LUMBAR BAJO	1	2
SACRO	6	0
TOTAL	8 pacientes	7 pacientes

FUNCIONALIDAD RESPECTO AL NIVEL NEUROLOGICO DESPUES DEL
TRATAMIENTO.

(TABLA 2-B)

NIVEL NEUROLOGICO	NO	
	AMBULATORIOS	AMBULATORIOS
TORACICO	3	0
LUMBAR ALTO	2	1
LUMBAR BAJO	2	1
SACRO	6	0
TOTAL	13 pacientes	2 pacientes

C O M P L I C A C I O N E S

No obstante que las complicaciones más frecuentes - son las fracturas (7, 8, 10) en este estudio no hubo ninguna, detec--
tándose únicamente una necrosis de la cabeza femoral, lo cual se -
menciona en la literatura como una complicación rara. Complicacion
es como escaras e infecciones de vías urinarias, no las considera-
mos en este trabajo, pero son importantes en estos pacientes, así
como el mal perforante plantar, el cual es muy común en la mielodis-
plasia de cualquier nivel neurológico.

D I S C U S I O N

Es revisado y valorado el tratamiento que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ortopedia, S.S.A., en quince pacientes con alteraciones a nivel de las caderas por Mielodisplasia.

En el Módulo de Cadera de este hospital, se lleva un criterio de tratamiento para este tipo de pacientes, el cual se ve influenciado por dos factores principales que son: edad del paciente y afección bilateral o unilateral de las caderas. Notándose por otro lado, la ausencia de un protocolo de estudio y tratamiento para una atención más sistematizada. Es de importancia relevante detectar ciertos parámetros que nos modificarán e individualizarán cada caso, siendo los parámetros más importantes para la decisión del tratamiento la edad del paciente, el nivel neurológico de lesión, oblicuidad pélvica y grado de retardo mental.

Por medio de este estudio, se pudo establecer que los pacientes con luxación de cadera en forma unilateral, son los candidatos más probables para un tratamiento quirúrgico, en contraste con aquellos pacientes tratados en forma conservadora, los cuales se caracterizaron por presentar alteraciones de sus caderas en forma simétrica.

C O N C L U S I O N E S

Se infiere que es posible mejorar la condición de --
vida del paciente con Mielodisplasia.

Cuando el paciente presenta alteración en la cadera -
secundaria a imbalance muscular, es precisa una valoración minucio
sa del paciente en forma integral.

La funcionalidad, es la meta que se debe de seguir -
siempre, no siempre lográndose tal objetivo con la reducción anatómi
ca de la cadera y un buen aspecto radiográfico. La rigidez postqui--
rúrgica, riesgos y complicaciones pueden evitar una buena funciona
lidad. Estamos de acuerdo que en pacientes con afección neurológi
ca a nivel torácico, con alteración de las caderas en forma bilateral
no es aconsejable la cirugía. No así, en el extremo opuesto, el -
cual sería aquel paciente con afección neurológica a nivel lumbar -
alto, el cual presenta una luxación unilateral que puede estar agrava
da por oblicuidad pélvica. En este tipo de situaciones se buscará -
una reducción quirúrgica, ya que sólo así se podrá lograr una mejo--
ría en la funcionalidad.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De este modo se concluye que la determinación de la edad, nivel neurológico de lesión, oblicuidad pélvica y retardo mental, nos darán un pronóstico de la probabilidad potencial de ambulación que es lo que debe mover al cirujano ortopédico para elaborar un programa de tratamiento quirúrgico a nivel de las caderas.

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

CON MIELODISPLASIA.

Primero que nada, debe determinarse el nivel neurológico de lesión mediante exploración muscular y neurológica minuciosa; para así poder encasillar al paciente en una de las siguientes categorias: torácico, lumbar alto, lumbar bajo y sacro. Como se ha mencionado anteriormente, es importante también determinar el grado potencial de probabilidad ambulatoria, el cual estará en relación directa al nivel neurológico. Así podemos inferir que el paciente torácico será el que menos probabilidades de ambulación tenga. Otros factores que determinarán en forma conjunta el grado potencial de probabilidad ambulatoria serán retardo mental y deformidad espinal.

A continuación se presenta un programa de tratamiento en cada nivel neurológico:

TORACICO.- Este paciente en la mayoría de los casos, no necesitará de abrazaderas encaminadas a mantener la reducción de las caderas, si es que éstas están en su sitio, únicamente se indicarán ejercicios de movilización y posición apropiada para prevenir contracturas, ya que cualquier paciente que presenta funcionalidad de

miembros superiores puede ser capaz de la marcha. Este tipo de pacientes torácicos podrán ser capaces de realizarla en cuanto su madurez cerebral lo permita, mediante aparatos largos y muletas.

Estos pacientes, son los que con mayor frecuencia - presentan deformidades espinales, las que de progresar ocasionarán oblicuidad pélvica. La oblicuidad pélvica debe ser evitada mediante vigilancia estrecha y fusión temprana en posición compensada. -- Cuando la columna está fija y hay oblicuidad pélvica, habrá inestabilidad en la posición sedente, la cual se contrarrestará con apoyo de las manos. Este paciente presentará escaras en isquion y probablemente luxación de cadera del lado elevado de la pelvis. En el Hospital Rancho Los Amigos, proponen osteotomía pélvica rotadora como solución a estos casos.

LUMBAR ALTO.- En caso de que el paciente acuda a atención ortopédica en los primeros meses de edad, se colocará me diante abrazaderas con caderas en abd extensión y discreta rotación interna, manteniéndose así hasta los dos años de edad. Se realizará tenotomía de aductores en caso que exista contractura de ellos y se colocará en la posición antes descrita. Si las caderas están luxa das o subluxadas antes de los dos años de edad, se puede intentar reducción mediante división de la cápsula medial y colocación del

paciente en posición mencionada. La atenuación del iliopectineo, nos ayudará a reducir las fuerzas luxantes y disminuirá el valgo. Si a los 3 años, el paciente desarrolla luxación o subluxación de las caderas, no se recomienda la reducción abierta, sino que la cirugía - estará limitada a seccionar cualquier contractura que no pueda ser abatida por ejercicios de estiramiento y que restrinja la función.

LUMBAR BAJO.- Si hay luxación teratológica y es - preciso cirugía extensa, debe abandonarse la opción quirúrgica. También en estos pacientes se valorará la instalación de las caderas en abducción extensión y rotación interna. Si se desarrolla una subluxación, se puede practicar una osteotomía varizante, así como transferencia a Isquion de aductores. La transferencia de iliopectineo a trocanter mayor es aconsejable a edades tempranas. En pacientes de más de 5 años de edad, con cadera luxada en forma bilateral, no se debe realizar reducción abierta. En pacientes con luxación o subluxación unilateral se puede valorar tenotomía de aductores, osteotomía varizante y transferencia de iliopectineo a trocanter mayor. Si existe obliquidad pélvica, esta se tendrá que solucionar antes de cualquier cirurgía a nivel de las caderas. Existe desacuerdo acerca de que si la luxación de la cadera por sí misma causa obliquidad pélvica fija. La opinión de Feilwell es que en la cadera displásica libre de contracturas, la obliquidad pélvica fija es causada por fuerzas suprapélvicas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

llámese escoliosis. Si esto es verdad, entonces no estará indicada la reducción de una luxación de cadera unilateral para prevenir la oblicuidad pélvica, sino que lo indicado será la liberación de partes blandas. Si la liberación de los aductores en una cadera luxada no nivela la pelvis, entonces la cadera no será reductible de ninguna manera por la posición acetabular.

SACRO.- El paciente con nivel de lesión sacro que presenta una luxación, debe sospecharse que ésta luxación es de tipo congénito y que debe hacerse todo lo posible por reducir esa cadera luxada.

Si estos pacientes presentan oblicuidad pélvica o eg pasticidad, debe realizarse la cirugía apropiada para corregir estos factores antes de la reducción de la cadera en forma quirúrgica. Si presenta contracturas en flexión de más de 40° , a la manobra de Thomas, está indicada la liberación quirúrgica manteniéndose la corrección con abrazaderas. Si a pesar de esto la contractura recure y se considera difícil la nueva corrección, se puede practicar una osteotomía femoral de extensión. Esto último es válido para el paciente ambulatorio que necesita las caderas, con capacidad para realizar la extensión. En el paciente no ambulatorio como el torcíco, se puede alcanzar la flexión de 90° , la cual es apropiada para -

la posición sedente esto se puede lograr, mediante liberación de -- partes blandas, osteotomías femorales de flexión y si se requiere, - procedimiento de Girdlestone. En caso de contractura en abducción o aducción, se pueden realizar osteotomías de varización o valguiza ción.

Queda siempre presente que el paciente con alteración de cadera por Mielodisplasia, menos que ningún otro, no es candidato a fórmulas de tratamiento, pero pensamos que tener cierta conducta definida, lo cual es posible, nos ayudará a tratar a este tipo de pa--- cientes en una forma más adecuada, mediante la revisión de resulta-- dos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA

1. The Ortopheadic management of spine bifida cystic.
Menelaus et Malcolm 1 vol. 116 pág. Edimbourg 1971, Livingstone.
2. Surgery of the hip in Myelomeningocele as related to adult goals. Earl Felwell M.D. Clinical Ortopheadics and Related Research No 148 May 1980.
3. Paralytic Dislocation of the hip in Myelodisplasia. James F. London and Uliver Nichols Los Angeles Calif. J. of Bone and Joint Surg. vol. 57-A No. 4 Jun 1975.
4. Subluxation and Dislocation of the hip. Sharrard. vol 57-B - Pag. 160-166 1975.
5. Myelodysplasia Karl Wayne Huff M.D. Ramsey M.D. Delaware J. Bone and Joint Surg. vol 60-A No. 4 Jun 1978.
6. Posterior Iliopsoas Muscle Transfer in Myelodysplasia R. - Jackson T. Padgett M. Donovan J. Bone and Joint Surg. vol. 61-A Pag. 40-45 Jan. 1979.

7. Paralytic hip in Myelomeningocele J. Bone and Joint Surg. -
vol. 62-B No. 1 Feb 1980.
8. Paralytic instability of the hip in Myelomeningocele. Clinical
Ortopheadics and Related Research No. 125 Jun. 1977.
9. Pediatrics Ortopheadics and Fractures Sharrard W.J.W. Vol.1
126 p., Oxford 1971, Aldren and Mowbray.
10. Long Term Follow-up of posterior iliopsoas transplantation in
paralytic dislocation of the hip. J. Bone and Joint Surg.1972
vol. 54-A No. 3.
11. Ortopedia Pediátrica Tachdjian Edición 1976.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN