

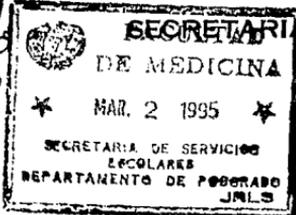
11245

18
Zey



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA



SECRETARIA DE SALUD

DE MEDICINA

MAR. 2 1995

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES DEPARTAMENTO DE POSTGRADO JMLS

RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL
ABORDAJE LATERAL DIRECTO TRANSGLUTEO
DE CADERA EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN

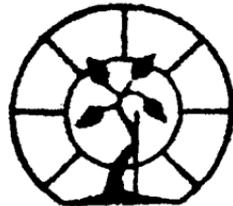
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

P R E S E N T A

DR. ARTURO GARCIA BALDERAS

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSE MANUEL AGUILERA ZEPEDA



FEBRERO 95

MEXICO, D. F.

INO

1995



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.

**RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL ABORDAJE
LATERAL DIRECTO TRANSGLUTEO DE CADERA
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA**

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

DR. ANTONIO LEÓN PÉREZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA

DR. BRAULIO HERNÁNDEZ CARBAJAL

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA

DR. ALFREDO IÑARRITU CERVANTES

PRESENTE

DR. ARTURO GARCÍA BALDERAS

GENERACIÓN



1991-1995

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

María Del Socorro y Jesús /.

Por que con su bondad y cariño supieron encausar mi origen, mi presente y continúan apoyando mi futuro con aliento.

A quienes debo todos mis logros y triunfos.

A MIS HERMANOS :

Quienes con su ayuda y dedicación fomentaron en mi, una ansia de superación que el día de hoy rinde sus frutos y que gracias a su apoyo se cumplieron mis metas.

Gracias por su ejemplo.

A MIS SOBRINOS :

Para que esto sea un estímulo de superación y esfuerzo en sus estudios.

A MI ESPOSA E HIJO :

MARÍA GUADALUPE :

Quien es la compañera en las buenas y en las malas con quien comparto este logro y cimiento mi existir.

JESÚS ARTURO:

Que es la luz de mi vida.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PROFESORES:

Que con sus conocimientos, paciencia y consejos desinteresados lograron que pudiera alcanzar mis objetivos

A MIS AMIGOS:

José Luis Acevedo

Bernardo, Mauro ,Ricardo, José Luis, Rubén y José María.

A los que agradezco todo lo que me brindaron con su amistad y por compartir parte de su vida conmigo.

A MI TÍO LUIS:

Por el apoyo, comprensión y ayuda que siempre me brinda.

I N D I C E

INTRODUCCIÓN	página 4
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	página 9
OBJETIVOS	página 10
PROCEDIMIENTO (MATERIAL)	página 11
MÉTODO	página 13
RESULTADOS	página 21
DISCUSIÓN	página 33
CONCLUSIONES	página 36
BIBLIOGRAFÍA	página 38

INTRODUCCIÓN

La artroplastía total de cadera requiere una gran exposición ,para tener un amplio acceso al acetabulo y parte próximal del fémur . Se sabe que la preservación de la anatomía es básica para una función adecuada de la palanca abductora y de esta manera poder comprender , las ventajas y desventajas de un abordaje u otro . Por eso es que con el abordaje lateral directo para ser desarrollado se debe estar convencido de originar con el la máxima funcionalidad y las mínimas complicaciones obteniendo con esto una máxima vida funcional a la articulación artificial. {1}

Con este abordaje se espera disminuir el tiempo quirúrgico ,así como la cantidad de sangrado, además de preservar la continuidad de la palanca abductora de la cadera y así mismo disminuir el tiempo de recuperación y minimizar la morbilidad.

Una importante consideración para cualquier abordaje es la posición del paciente en la mesa de operaciones ,por ejemplo Charnley , Mc Kee y Muller lo realizan en decúbito supino ,pero ya que no es una posición cómoda, algunos cirujanos cambiaron a el decúbito lateral ,el cual da una posición cómoda al cirujano, al paciente y permite una mejor movilización de la extremidad afectada.{1}

El abordaje lateral directo TRANSGLUTEO esta basado en la observación anatómica de Mc Farland y Osborne en 1954{2}, de que el gluteo medio, gluteo menor y el vasto lateral son una continuidad funcional{2} .

Este abordaje es una modificación del método de KOCHER 'S {3}. En donde se realiza una incisión directa sobre el tendón conjunto del vasto lateral, gluteo menor y medio hasta hueso y se levanta un colgajo tendinoperióstico, preservando así la continuidad del fuerte tendón conjunto de los músculos señalados. para la reinserción del colgajo se realizan túneles en el trocánter mayor, pasando un punto de sutura a través de ellos y otro punto en el colgajo repitiendo la operación cuantas veces se requiera para afrontarlo correctamente{3}.

HARDINGE en 1982 fue el primero en popularizar este abordaje para la artroplastía total de cadera y le dio el nombre de ABORDAJE LATERAL DIRECTO DE CADERA{4}.

La ventaja obvia de este abordaje es que no se realiza osteotomía del trocánter mayor y permite por la incisión medio lateral acceso a el frente y parte posterior de la articulación de la cadera. Este abordaje fue descrito y modificado por BAUER y Cols {5}.

HUNGERFORD DS, HEDLEY Y HABERMAN señalan en su artículo UN NUEVO ABORDAJE PARA LA ARTROPLASTIA TOTAL DE LA CADERA en 1984, que con el abordaje se tiene una mejor visualización del acetábulo y de la parte proximal del fémur {7}.

HARDINGE en 1982 describe la disección del colgajo tendinoperióstico realizado con bisturí eléctrico y de esta manera preservar la mayor parte del colgajo, el cierre lo hace por planos, el primer plano lo constituye el cierre del ligamento ileofemoral, el segundo cierra el tendón del glúteo medio y por último la banda iliotibial y la fascia glútea con lo cual sus resultados son excelentes por no modificar la continuidad de poderoso tendón conjunto abductor(4).

En suma el inevitable daño a los abductores es una desventaja significativa del **ABORDAJE LATERAL DIRECTO TRANSGLÚTEO DE CADERA** por la razón de que al realizar la incisión en el brazo próxima de la herida y diseccionar el glúteo medio se puede dañar el nervio glúteo superior el cual se encuentra en estrecho contacto del músculo piriforme que recorre transversal y lateralmente y continúa entre el músculo glúteo medio y menor para ir a inervar a los músculos señalados además del tensor de la fascia lata(10).Fig. 1

HARDY en 1988 evaluó 7 pacientes clínicamente y electromiográficamente para neuropatía, axonotmésis y neurotmesis del nervio glúteo superior después de abordaje lateral directo **TRANSGLÚTEO** de la cadera.

6 cursaron asintomáticos y solo uno presentó alteraciones electromiográficas del tipo irritación del nervio glúteo superior(9).

Nervio y arteria
glutea superior

Arteria y nervio
gluteo inferior

Adductor
mayor

Gracilis

Semimembranoso

Semitendinoso

gluteo
medio

piriforme
N. Ciático

G. Mayor

T. Iliotibial

V. Lateral

Biceps F.



FIGURA 1

FALLA DE ORIGEN

Debido a los resultados tan halagadores reportados con el abordaje lateral directo de cadera , se decide realizar en este INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA un protocolo para la evaluación de los resultados y complicaciones atribuibles a el abordaje lateral transgluteo , observando durante el desarrollo del trabajo que el tiempo quirúrgico se reduce así como la cantidad de sangrado, también de acuerdo a la revisión de la experiencia en otros hospitales y tomando en cuenta que el cierre anatómico del abordaje , sin que pierda continuidad el fuerte tendón conjunto del gluteo medio y el vasto lateral es la base sobre la cual se cimienta el éxito de la técnica y la no lesión de la palanca abductora.

Existe también referencia de que en este instituto hasta antes de 1990 en la artroplastia total de cadera el abordaje que se utilizaba era el transtrocanterico(17) y el tiempo quirúrgico era en promedio de 2,5 hrs. el sangrado en promedio era de 1500 ml. dado esto y que el tiempo de inmovilización fué en promedio de 3 semanas, surge la necesidad de protocolizar el abordaje lateral directo de cadera transgluteo para minimizar tanto el tiempo quirúrgico, como disminuir el sangrado transoperatorio y disminuir el tiempo de estancia intrahospitalaria (12).motivo de la elaboración de la presente tesis.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El propósito del presente estudio es conocer , evaluar los resultados y complicaciones del ABORDAJE LATERAL DIRECTO TRANSGLUTEO DE CADERA en el INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia para definir , si el tiempo quirúrgico disminuye y si el sangrado que en este tipo de cirugías es de consideración de igual forma disminuye . Con el antecedente de preservar la continuidad del tendón conjunto de gluteo medio, menor y vasto lateral se prodra preservar la integridad de la palanca abductora con esto acortar el tiempo de rehabilitación y por tanto una integración mas rápida a las actividades de la vida diaria con una considerable disminución de la morbilidad en periartroplastia total de cadera.

OBJETIVOS

1.0 Evaluar el resultado funcional de la palanca abductora después de abordaje lateral director transgluteo(ALDTG), en el INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA (I.N.O.)

1.1 Evaluar las complicaciones que se originen después de ALDTG de la cadera en el I.N.O.

1.2 Protocolizar la indicación de ALDTG en el I.N.O.

1.3 Reintegrar a el paciente a sus actividades de la vida diaria lo mas pronto posible.

1.4 Evitar daño a nervio ciático mayor dado la vía de abordaje de ALDTG.

1.5 Disminuir el tiempo quirúrgico así como el sangrado transoperatorio.

PROCEDIMIENTO.

MATERIAL

Se revisaron los expedientes clínico y radiográficos de 333 pacientes realizando un estudio retrospectivo , observacional y descriptivo de los pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión :

- * Pacientes tratados en el INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA de Marzo de 1991 a Marzo de 1994 en el Servicio de Cirugía Articular, postoperados de artroplastia total de cadera .**
- * Pacientes Adultos mayores de 20 años sin limite de edad .**
- * Pacientes que requirieron hemiarthroplastia o artroplastia total sin importar su padecimiento de fondo.**
- * Pacientes que tengan un mínimo de 3 meses de postoperatorio.**
- * Pacientes con expediente clínico y radiográfico completo.**
- * Pacientes con prótesis total de cadera adecuadamente colocada, sin valgo,varo y con un efecto Voss en cero(0).**

De los cuales se excluyeron 65 por tener por lo menos alguno de los siguientes criterios de exclusión .

- * Pacientes que abandonan el tratamiento.**
- * Pacientes que tengan menos de tres meses de postoperatorio.**
- * Pacientes con expediente clínico y radiológico incompleto.**
- * Pacientes con infección previa en la cadera afectada.**
- * Pacientes los cuales contaban con alguna defecto en la colocación de la prótesis, ya sea que con prótesis en varo valgo o con efecto Voss positivo o negativo.**

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo tomando una muestra y analizándose los expedientes clínico radiográficos de 333 pacientes , que se trataron en el Servicio de Cirugía Articular de marzo de 1991 a marzo de 1994 con el tratamiento artroplastia total de cadera , utilizando ALDTG y otros abordajes.

El estudio se realizó mediante la recopilación de datos que fueron registrados en una hoja especial y obtenidos por una sola persona , con respuestas directas y simples para evitar las variantes .

La capitación de datos consto de varios incisos :

En el inciso A).-Ficha de identificación para conocer la edad,sexo, ocupación, procedencia y nivel socioeconómico de cada paciente.

En el inciso B).- Se valoraron datos preoperatorios ,como diagnóstico preoperatorio , tiempo de evolución desde el inicio de su padecimiento a inicio de su tratamiento. Presencia de dolor que se valoró en una escala del 1 al 10

* 1 = Ausencia de dolor.

* 10= Como el peor dolor en la experiencia del paciente , así como tipo de dolor y su irradiación.

La potencia muscular del gluteo medio se determino deacuerdo a la valoración de la Fundación Nacional De Parálisis Infantil(16) , como sigue: Normal = 5 , Buena = 4 , Regular = 3 , Deficiente = 2 , Mala = 1 y 0 .

Se revisó los estudios radiográficos simples , para determinar grado de Artrosis y si existía varo , valgo o displasia acetabular de la cadera afectada. (Ver gráfica 9).

Se valoro la movilidad , dolor en la cadera afectada y marcha deacuerdo a la clasificación de Merle D' Aubinege(21), como sigue : 1).- Dolor espontaneo y continuo , marcha confinado a silla de ruedas , grados de movilidad de 0 a 30. 2).- Dolor asociado con espasmo muscular severo, marcha asistida con muletas grados de movilidad de 30 a 60 . 3).- Dolor espontáneo por las noches , marcha sin dolor cortas distancias grados de movilidad de 60 a 100. 4).- Dolor leve marcha dolorosa solo en terreno desigual arcos de movilidad de 100a 160. 5) Dolor muy leve , Marcha sin molestias grados de movilidad de 160 a 210. 6).- no dolor marcha normal grados de movilidad arriba de 210.

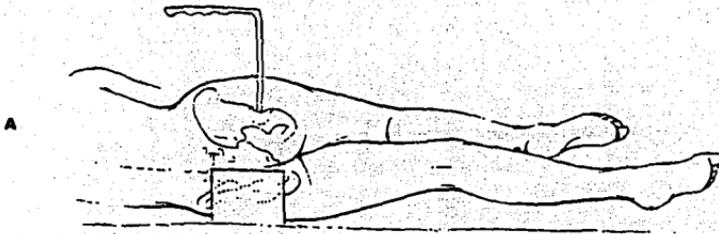
En el inciso C).- Se consideran los datos quirúrgicos : Tiempo quirúrgico promedio, sangrado transoperatorio, tipo de cirugía realizada, que fue de dos tipos hemiartroplastia y artroplastia total . se evaluó el tipo de abordaje que fue de tres tipos , ALDTG, Abordaje posterolateral, abordaje tipo Charnley.

EN ALDTG(4) la técnica implica incisión lateral que se extiende 5 cm proximal al trocánter mayor y 10 cm distal a este, se incide tejido celular subcutáneo, se abre tensor de la fascia lata en línea con incisión de la piel, se disecciona glúteo mayor y se separa posteriormente, la fascia lata anteriormente con separador automático de Charnley, se identifican las fibras del glúteo medio y vasto lateral realizado lo anterior se desarrolla colgajo tendinoperiostico en línea con las fibras del vasto lateral a nivel de la punta del trocánter mayor se dirige siguiendo las fibras del glúteo medio 4 cm posteroproximamente cuidando de no ir mas allá por riesgo de lesión a la rama de nervio glúteo superior, se disecciona el colgajo anteriormente llegando a la cápsula, la cual se corta superiormente. De esta manera se tiene una amplia exposición de la parte proximal del fémur y cavidad acetabular a demás de un fácil acceso a la parte anterior y posterior de la articulación(4) Fig. 2-5

De acuerdo a el tipo de prótesis utilizado fue Tipo Charnley, Thompson, Bipolar(Harris Galante, Bateman, Gilliberti), no cementada tipo ostionics e Híbrida(en la cual se utilizó cementado alguno de los componentes).(Ver gráfica 8).

Se valoró el tiempo de evolución postoperatorio de acuerdo a el tiempo en que se completaron arcos de movilidad, dolor y tipo de marcha utilizando la clasificación de merle D' Aubinege a los 3, 6 y 9 meses. (16)

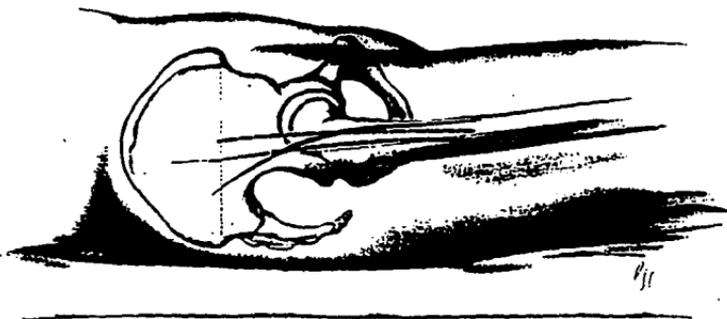
Se valora la potencia de glúteo medio de acuerdo a la escala establecida.



SIEMPRE SE INICIA EL ABORDAJE EN DECUBITO LATERAL

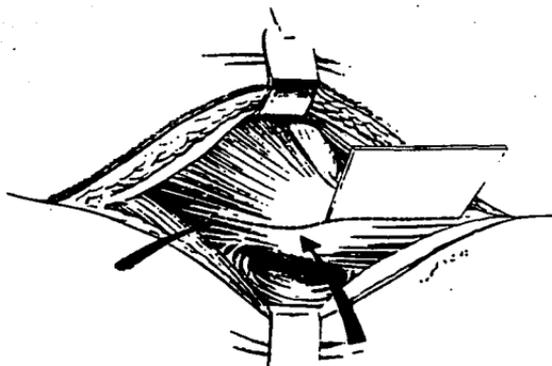
FIGURA 2

FALLA DE ORIGEN

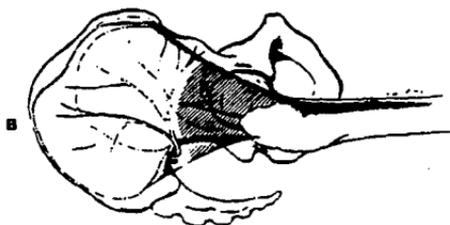
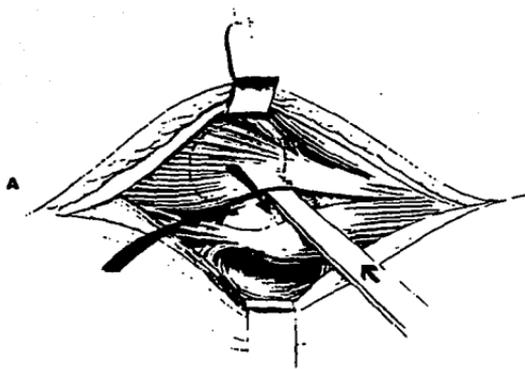


INSICION CUTANEA
FIGURA 3.

FALLA DE ORIGEN



INSICION EN TENDON CONJUNTO
FIGURA 4



**COLGAJO TENDINO PERIOSTICO
NERVIO GLUTEO SUPERIOR ***
FIGURA 5

FALLA DE ORIGEN

En el inciso D).- Se analizaron las complicaciones .
Complicaciones generales: Infección de herida son : superficial , profunda o hematomas .

El dolor postoperatorio en la escala de 1 a 10 4 puntos. dolor de 1-0 sin administración de analgésicos. 3 puntos dolor de 2-4 ingesta de analgésicos ocasional. 2 puntos dolor de 5-7 Analgésico frecuente. 1 punto dolor de 8-10 analgésico diario

Las complicaciones generales se establecieron de la manera siguiente. 1 punto si existía infección profunda , 2 puntos si tenía infección superficial. 3 puntos si tenía presencia de hematoma o desistencia de herida y 4 puntos con ausencia de las anteriores.

La infección se considera superficial si afecta la piel y tejido celular y profunda si compromete fascia, tejido muscular u óseo(15).

Se evaluó si existe lesión del nervio ciático mayor o nervio gluteo superior.

RESULTADOS

La muestra estudiada total fue de 333 pacientes de estos 65 fueron excluidos; 50 por abandono del tratamiento, 10 por no estar completo el expediente clínico y 5 por no contar con un mínimo de 3 meses de postoperatorio.

De los 268 casos, siendo este nuestro universo de trabajo, 174 fueron femeninos que comprendieron el 64.9 % de la muestra y 94 masculinos que corresponde al 35% del total, con un promedio de edad de 49.4 años y con un intervalo de 25 a 80 años. (Ver gráfica 1).

En cuanto a la ocupación de los pacientes, 110 fueron amas de casa, 24 campesinos, 10 mecánicos, 5 plomeros, 70 empleados, 30 comerciantes y 19 profesionistas.

El nivel socioeconómico fue bajo en 175 pacientes y medio en 93 pacientes.

En cuanto a el diagnóstico preoperatorio: Fue enfermedad articular degenerativa en 186 pacientes que corresponde a el 69.4 %, Psoriasis 1 que corresponde a el .37%, Necrosis avascular de la cabeza femoral 6 que corresponde a el 2.2% , Espondilitis anquilosante 3 pacientes que corresponde al 1.1 % , fracturas de cadera que corresponde al 23.1 y artritis fímica 4 casos que corresponde a el 1.4 %. (Ver gráfica 2)

El tiempo promedio de inicio del padecimiento a inicio del tratamiento fue de 6 años, con un rango de 2 a 15 años .

El dolor preoperatorio estuvo presente en toda la población de estudio de hecho este fue el motivo de la consulta en la gran mayoría de los casos , en la escala de intensidad del dolor se observaron 54 pacientes el 20 % con puntuación 2-4 ,71 pacientes que corresponde a el 26 % de la muestra con puntuación de 5-7 y 143 pacientes con puntuación de 8-10 que corresponde a el 53.3 %.(Ver gráfica 3).

El dolor postoperatorio lo acusaron solo 30 pacientes que corresponden a el 11.5 % de la población.(Ver gráfica 3).

Deacuerdo a el tipo de abordaje fueron en total 272 abordajes de los cuales se realiza ALDTGC en 247 pacientes que corresponde a el 90 % de la muestra, 20 AP que corresponde a el 7.3% de la población y un abordaje transtrocanterico que corresponde a el 2.7% de la población .(Ver gráfica 4).

En cuanto a la marcha claudicante postoperatoria la presentaron 76 pacientes que corresponde a el 23% y en la evolución postoperatoria a 6 meses continua con marcha claudicante 35 pacientes que corresponde a el 13%. (Ver gráfica 5).

En cuanto a la potencia muscular del gluteo medio preoperatorio 16, el 5.3 se encuentran con potencia muscular en 3, y 253 pacientes se encuentran en potencia muscular de 4. que corresponde a 94.4 % de la población .(Ver gráfica 6).

En cuanto a la revisión de las complicaciones de la muestra en estudio se tienen 3 fracturas de fémur ,el 1.1% de la población , infecciones profundas 3 ,1.1%, pseudoartrosis de trocánter 1 , .37 %, luxación posterior dos pero no inherentes a el abordaje por que ocurrieron en abordaje posterior , luxación anterior 1 si atribuible a mala indicación del abordaje, se encontró miositis osificante grado I en 22 pacientes, el 8.2% y grado II 3 pacientes el 1.1 % .(Ver Gráfica 7).

En cuanto a lesiones de nervio ciático mayor se reportan 2 que corresponde a manipulación en abordaje posterior y una lesión por la colocación de un cuello de vástago femoral demasiado largo.

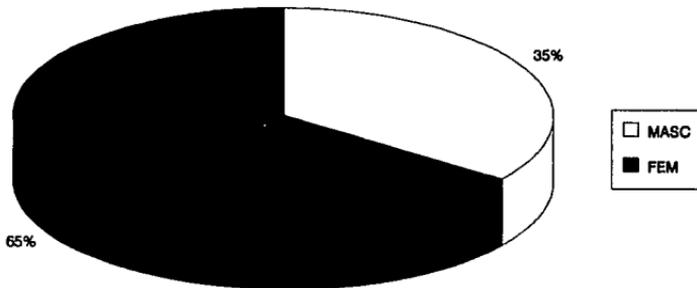
En cuanto a la claudicación del gluteo medio postoperatoria a 6 meses , 7 pacientes la presentaron muestra que corresponde a el 2.6%.

El tiempo quirúrgico promedio 1.15 hrs. el sangrado promedio reportado fue de 760 ml .

Pacientes que conserva la insuficiencia de gluteo medio con trendelenburg positivo son 7 el 2.6%.

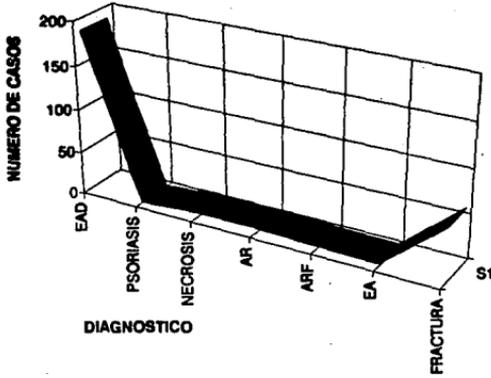
Hoja1 Gráfico 1

DISTRIBUCION POR SEXO

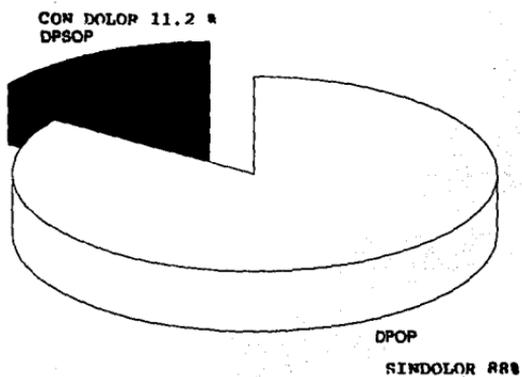


GRAFICA NUMERO 1

GRAFICA DE DIAGNOSTICOS

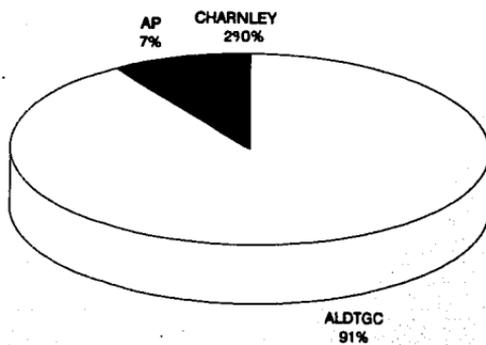


GRAFICA DEL DOLOR



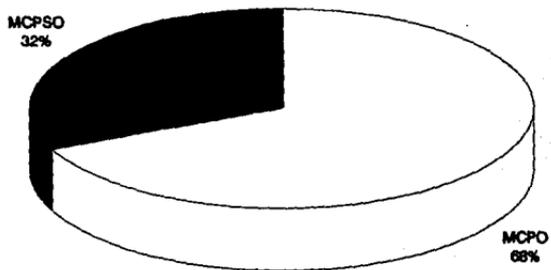
GRAFICA NUMERO 3

TIPO ABORDAJE



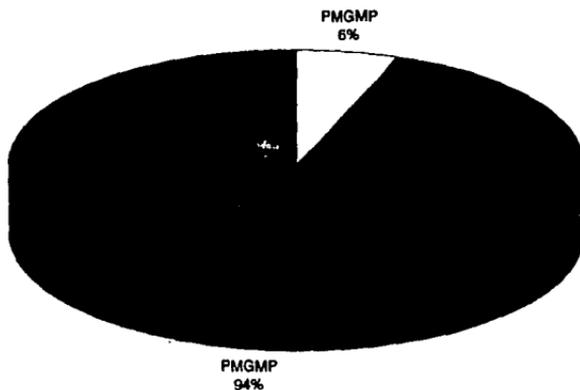
GRAFICA NUMERO 4

CLAUDICACION

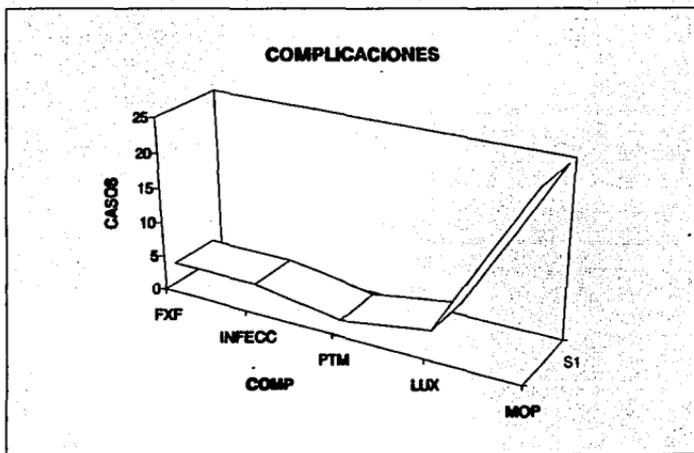


GRAFICA NUMERO 5

POTENCIA PREOPERATORIA DEL GLUTEO MEDIO

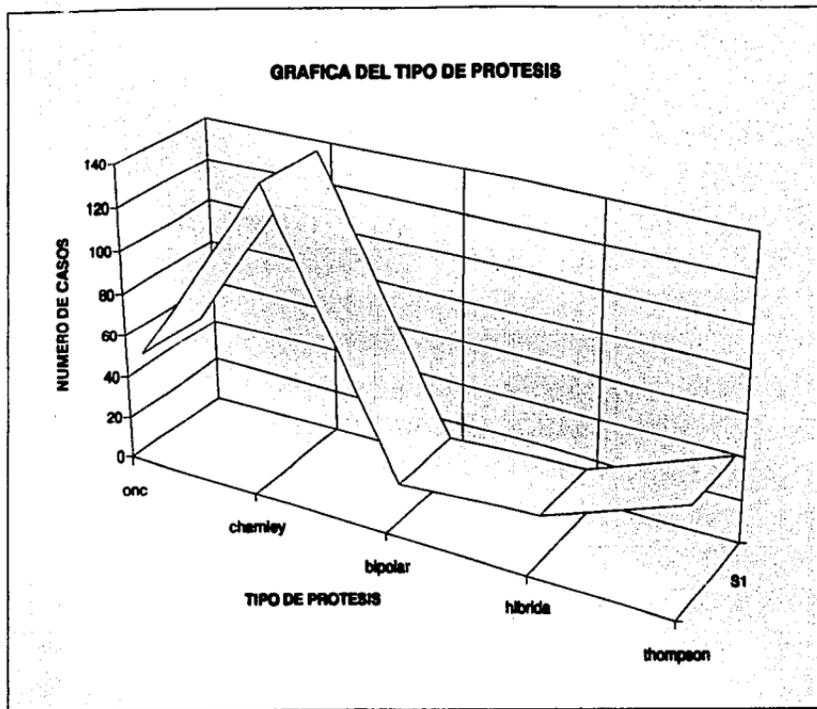


GRAFICA NUMERO 6

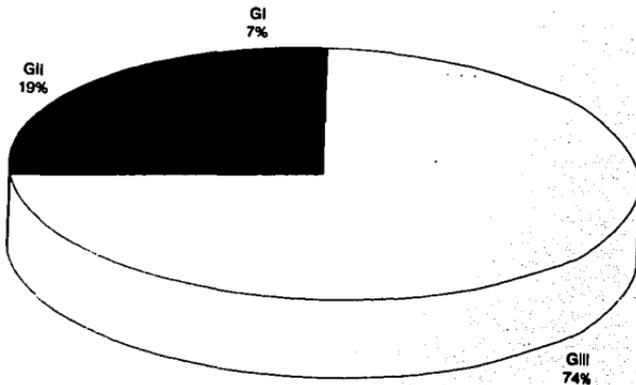


GRAFICA NUMERO 7.

GRAFICA
NUMERO
R.



GRADO ARTROSIS



GRAPICA

NUMERO 9.

DISCUSIÓN

De acuerdo al trabajo realizado en este instituto de 1984 a 1987 por el Dr. Juan Manuel Macías (12) para la artroplastia total de cadera, con abordaje transtrocanterico, se requería un tiempo quirúrgico promedio de 2.05 hrs y el sangrado promedio reportado fué de 1500 c/c, además de requerir para el inicio de la rehabilitación un mínimo de 3 semanas. en contra parte con el presente estudio en que el tiempo quirúrgico reportado fué de 1.15hrs y sangrado de 760 ml e iniciar la rehabilitación un día después de postoperatorio.

En el presente estudio se evaluó los resultados y complicaciones derivados después de ALDTGC.

Encontramos que el sexo más afectado fue el femenino con un 64.9% en una proporción de 1.5 a 1 con relación al sexo masculino, así como afectando en mayor grado a el adulto económicamente activo promedio de edad de 49.4 años) la posición económica mas afectada es la baja ya que es la población que acude a solicitar servicio médico.

la ocupación no fue en factor de terminante para ser candidato a la artroplastia y si en cambio un factor importante fueron cambios degenerativos y ostiopenia ya que el 40 % de los pacientes comprendía amas de casa. y el 69.4 % de los diagnósticos preoperatorios fue enfermedad articular degenerativa .

El tiempo de evolución del padecimiento esta determinado directamente por el tipo de padecimiento tratado , con un promedio de 6 años.

El dolor preoperatorio estuvo presente en el 100 % de los casos , presentados con intensidad severa en el 20% de la población . la extremidad mas afectada fue la izquierda en un 60%.

El grado de Artrosis mas frecuente en la población estudiada es el tipo III

El tiempo quirúrgico promedio en nuestra serie fué de 1.15 hrs, comparado con el reporte de una serie de pacientes revisados en 1987; el tiempo se acorta El reporte del sangrado fué de 760 ml ,considerablemente menor que el de la serie reportado que fué de 1500 ml.

Con respecto a las limitaciones del abordaje se debe señalar que cuando no existan músculos adecuados el abordaje fracasara, ya que no tendrá continente la artroplastía y no habrá musculos que muevan la prótesis y la luxación ocurrirá invariablemente.

76 pacientes reportaron claudicación a los 3 meses de postoperatorio que corresponde al 23 % y con la evaluación a los 6 meses únicamente 35 pacientes el 11% reportaron claudicación esto confirma que el musculo gluteo medio se recupera adecuadamente de la cirugía , además la claudicación no pude ser atribuible solo a debilidad del gluteo medio sino a el padecimiento de fondo.

Para conocer adecuadamente los alcances y las fallas de ALDTG se debe protocolizar el estudio del paciente con padecimiento articular de la cadera que requiera artroplastía , así como seleccionar adecuadamente los pacientes candidatos a este tipo de abordaje y planear adecuadamente el seguimiento preoperatorio , transoperatorio , postoperatorio mediano y tardío

Respecto a las complicaciones se encontraron 3 fracturas de fémur , 3 infecciones profundas , la complicación de miositis osificante se encuentra solo en 8.2% de la población.

CONCLUSIONES

1.- Se sugiere el ALDTG no es infalible pero se recomienda indicarlo en los pacientes candidatos a artroplastia total de cadera y que conservan un rango de movilidad adecuado de la cadera lesionada.

2.- Los resultados del presente estudio nos reportan un importante disminución en el tiempo quirúrgico para este tipo de padecimiento que con respecto a serie anterior reportada con abordaje clásico transtrocatérico se tiene una disminución del 55% en el tiempo quirúrgico.

3.- Existe una disminución en el sangrado para este tipo de padecimiento la cual es del 50.1% con respecto a abordaje clásico.

4.- El abordaje es reproducible y confiable por su sencilla técnica quirúrgica si se sigue adecuadamente.

5.- Con la preservación de la potencia de la palanca abductora la rehabilitación se inicio mas tempranamente , el paciente se reintegra mas

rápida y adecuadamente a las actividades de la vida diaria, evitando de esta forma las complicaciones derivadas de la estancia prolongada en cama.

6.- Con respecto a la exposición se tiene una adecuada exposición con abordaje clásico y con ALDTGC.

7.- Los resultados clínicos muestran una adecuada función del gluteo medio por lo tanto inferimos no lesión del nervio gluteo superior, originado por el ALDTGC.

8.- Se encontró aumento de la osificación Heterotópica periprotésica con respecto a abordaje clásico que corresponde a el 8.2% de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. **BAUER R, Kerschbaumer F, Poisel S, et al:** the transgluteal approach to the hip joint, *Arch Orthop Trauma Surg* 95:47, 1979.
2. **McFarland B, Osborne G:** Approach to the hip : a Suggested improvement in Kocher's method, *J Bone Joint Surg* 36(Br):364, 1954
3. **Kocher, T.:** Text-Book of Operative Surgery., London: Adam and Charles Black, 360, (1903).
4. **Hardinge K:** The direct lateral approach to the hip, *J Bone Joint Surg* 64:17, 1982.
5. **Nas, S. Eftekwari u l 51 Mosby** 1993.
6. **McLauchlan J:** The Stracathro approach to The hip, *J Bone Joint Surg* 66(Br):30, 1984.
7. **Hungerford DS, Hedley A, Herberman E, et al:** Surgical Technique for de PCA total hip system: in the total hip Arthroplasty : a new approach, Baltimore, 1994. University Park Press.
8. **Head WC, Mallory TH, Berklacich FM:** Extensible exposure of the hip for revision arthroplasty, *J Arthroplasty* 2:265, 1987.
9. **Hardy AE, Synek V:** Hip Abductor function after the Hardinge approach: brief report, *J Bone Joint Surg* 70 (Br):673, 1988.
10. **Harris WH :** A new lateral approach to the hip joint, *J Bone Surg* 49:891, 1967.
11. **Harris WH:** Extensive exposure of the hip joint, *Clin Orthop* 91:58, 1973..
12. **Calson DC , Robson HJ Jr:** Surgical approach for primary total hip arthroplasty . A prospective comparison of the Marcy of de Gibson and Wattson jones approach, *Clin Orthop* 222: 161, 1987.
13. **Brady JP:** Lateral Oblique incision for de Charnley low friction arthroplasty, *Clin Orthop* 118:7, 1976.
14. **Dall D:** Exposure of the hip by anterior osteotomy of the greater trochanter. A modified anterolateral approach, *J Bone Joint Surg* 68(Br): 382, 1986
15. **Evarts CM, Wilde AH , DeHaven KE:** Total Hip Joint arthroplasty , proceedings: The American Academy of the Orthopedic Surgeons , *J Bone Joint Surg* 54: 1562, 1972.

16. **Fahey JJ:** Surgical approaches to bones and joints *Surg ,Clin North Am* 29: 65,1949.
17. **Gibson A:** Posterior exposure of the hip *J Bone Joint Surg* 32 (Br): 183,1950.
18. **Harris WH:** Extensive exposure pf the hip of the hip joint,*Clin Orthop* 91:58 ,1973.
19. **Harris WH:** Advances in surgical technique for total hip replacement : whithout and with osteotomy of the greater trochanter,*Clin Orthop* 146: 188,1980.
20. **Volz RG, Mayer DM:** The predictive factors necessitating trochanteric osteotomy in total hip replacement ,*Orthop Rev* 5(12):23,1976
21. **D' Aubinege,M.R.,Postel,M(1954),** *Functional Result of hip Artroplasty with Acrylic Prostheses.*J. Bone Joint Surg.39,A.961.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA