

HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PINO. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

J. LÓPEZ-URRUTIA

# La osteotomía en la coxartrosis (30 casos)

R. NAVARRO GARCIA, J. LOPEZ-URRUTIA y E. NAVARRO GARCIA

## RESUMEN

Los autores recogen su experiencia de 30 casos de coxartrosis en los que se practicó una osteotomía varizante describiendo la técnica y los resultados obtenidos, que les permite admitir que el ensanchamiento radiológico de la línea articular es debido a neoformación del cartilago articular cefálico y acetabular.

Descriptores: Coxartrosis; Osteotomía varizante.  
Osteotomía varizante: en la coxartrosis.

## SUMMARY

30 cases of osteoarthritis of the hip treated with varus femoral osteotomy are collected. The surgical technique and results are described.

The latter postop X-rays suggest a remodelling and growth of the articular cartilage of the head and also of the acetabulum.

Key words: Osteoarthritis; varus femoral osteotomy.

## Introducción

Los fracasos después de una operación de prótesis total de cadera plantea muchos problemas terapéuticos, difíciles de resolver, en muchos casos insatisfactorios.

En tanto que estos problemas no estén garantizados, será inexcusable comprobar la indicación de una osteotomía intertrocantérea antes de colocar una prótesis total.

La movilización precoz y la garantía de conseguir la corrección prevista antes de la intervención, se puede conseguir sólo mediante el principio de osteosinte-

sis estable, aplicando la compresión interfragmentaria.

La osteotomía precisa una convalecencia más prolongada que la prótesis.

En el Hospital Ntra. Sra. del Pino de Las Palmas de Gran Canaria, hemos operado y seguido un total de 30 pacientes desde el año 1980-1985.

MULLER (1969) (2) estudia los tres elementos para la realización de una osteotomía:

- El ángulo entre la lámina y la placa.
- Preparación del lecho antes de la osteotomía.
- Osteosíntesis estable.

**Osteotomía de varización.** Iniciada por PAUWELS (1973) (3), siguiendo la ley de la palanca, la reducción de la presión articular y mejor centrado de la cabeza en el acetábulo con el fin de un mejor reparto de la misma. Por tanto la indicación de una osteotomía varizante viene dada por la abducción de tal manera que no sobrepase el ángulo de varización planeado, y en caderas displásicas con cabeza poco redondeadas sinosteofitos importantes, la variación conduce a un cierto acortamiento de la pierna.

La osteotomía de varización relaja mediante el acortamiento importante de grupos musculares como glúteos, iliopsoas aductores, abductores y tensor de la fascia lata.

Después de la osteotomía se producen fenómenos como son: hiperemia y desaparición de los quistes por completo.

#### Material y métodos

El número de pacientes operados con esta técnica fue de 30. El estudio preoperatorio, la intervención y los cuidados postoperatorios fueron básicamente iguales.

La edad de los pacientes estaba comprendida entre los 43 y 65 años.

En cuanto al sexo fueron 19 mujeres y 11 hombres.

Siendo la etiología de la afección, coxartrosis, necrosis idiopática de la cabeza femoral y displasia de cadera.

La técnica de la exploración radiográfica ha sido sistematizada para todos los pacientes en decúbito supino con extensión completa y una abducción de ambas piernas; éstas se mantendrán en máxima rotación interna.

La finalidad de radiografías funcionales es el enjuiciamiento del comportamiento de la línea articular y el centrado de la cabeza femoral en el acetábulo.

Ante la presencia de una artrosis medial se precisa una radiografía preoperatoria de la cadera afecta, con centrado del foco sobre la cabeza femoral.

En las caderas displásicas es útil la proyección en falso perfil, que nos informa sobre la magnitud de un eventual defecto en el techo acetabular.

En casos de necrosis cefálica son necesarios dos proyecciones:

1. Paciente en decúbito supino, la pierna extendida del lado afecto es llevada a 45°, el foco en dirección AP dirigido a la cabeza. De este modo la forma de la cabeza craneoventral es vista de un modo tangencial y se hace visible.

2. Paciente en decúbito supino con la pierna en extensión y en rotación media. El foco se dirige con una angulación de 30° de craneal a caudal y centrado sobre la cabeza femoral. De esta manera se visualiza el segmento craneodorsal de la cabeza.

#### Técnica quirúrgica

La intervención es practicada en mesa ortopédica, en decúbito supino, incisión lateral de unos 15-20 cms. a partir del trocanter mayor. La piel y tejido celular subcutáneo son incindidos en un solo plano. La fascia lata es abierta en la misma dirección, teniendo cuidado de no lesionar el vasto externo. Se palpa la línea inominada, un elevador de Hohmann es colocado en el macizo trocantéreo, se practica una incisión de la aponeurosis y del vasto externo. Con un periostomo ancho, el músculo vasto externo es separado del hueso y del septo intermuscular, se coloca otro separador de Hohmann a la altura del trocanter menor.

Se marca la osteotomía con un escoplo agudo y fino. El punto de entrada del escoplo guía es escogido de tal manera que entre la lámina y la osteotomía exista por lo menos un punto óseo sólido y grueso.

La dirección definitiva es marcada con una aguja de Kirschner apoyada en la superficie anterior del cuello femoral y otra perforando el trocanter mayor, algo más arriba del punto de entrada de la lámina.

Con el escoplo guía es marcado el lugar de entrada en el punto deseado y con un escoplo recto se prepara una ventana. Todo esto bajo control radioscópico. El escoplo guía es introducido hasta alcanzar la profundidad deseada, luego se introduce la placa de 90°. Después se procede a realizar la osteotomía con cierre oscilante por encima del trocanter menor. Se reseca la cuña deseada, con el fin de evitar un importante acortamiento, la cuña medieval se reseca localmente en una amplitud de media diáfisis.

La reposición de la osteotomía ocurre automáticamente al adaptar mediante una o dos

pinzas la placa a la diáfisis femoral, luego se procede a la colocación de los tornillos y a ejecutar la autocompresión.

El músculo vasto externo es reinsertado, colocando dos redones, practicando radiografías postoperatorias. Se debe empezar a realizar ejercicios isométricos del cuádriceps desde las 48 horas y a los pocos días se van realizando ejercicios de flexión de cadera. El apoyo parcial con dos bastones se autoriza a las cuatro semanas, hasta 2-3 meses, fecha en que se van dejando las muletas.

### Resultados

Para la valoración clínica de todos los paciente, se ha utilizado la cotación cifrada de Merle D'Aubigne, que es una escala universalmente admitida, habiendo valorado los tres parámetros de dolor, marcha y movilidad, de acuerdo con estos parámetros:

De 18-17 Muy buenos.

De 16-15 Buenos.

De 14-13 Bastante buenos.

De 12-11 Regulares.

Menos de 10 - Malos.

En nuestra estadística obtuvimos los siguientes resultados:

Muy buenos	-	5 casos
Buenos	-	10 casos
Bastante buenos	-	8 casos
Regulares	-	3 casos
Malos	-	4 casos

Para valorar los resultados objetivos de todos los pacientes operados mediante osteotomía varizante, hemos hecho radiografías anteroposterior y axial, al mes, dos meses, cuatro meses, ocho meses y doce meses, observando en este tiempo como van desapareciendo los quistes subcondrales y la recuperación de la línea articular. (Figuras 1, 2, 3).

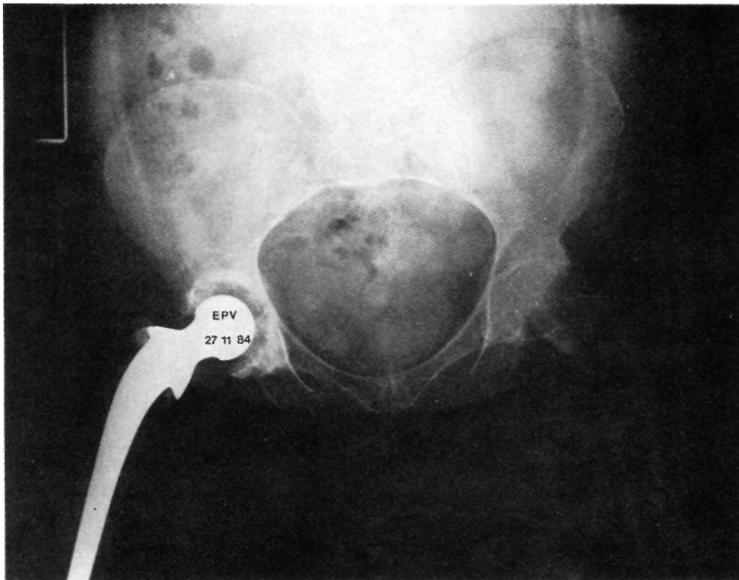


FIG. 1.— Radiografía de pelvis y ambas caderas de una paciente afectada de coxartrosis bilateral. En la derecha se le colocó una prótesis total y en la izquierda se observa disminución del espacio articular y quistes subcondrales.

### Complicaciones

- Infección - 2 casos, con infección superficial que se soluciona con buenos resultados.
- Hematoma postoperatorio - 3 casos que se tuvieron que drenar.
- Flebotrombosis - 2 casos.
- Embolia pulmonar - 0 casos. Usamos sistemáticamente profilaxis heparínica hasta que el paciente empieza la deambulación.
- Complicaciones neurológicas - 1 caso de paresia del C.P.E. probablemente por un separador.
- Pseudoartrosis - 0 casos.

### Discusión

Frente a algunos empeoramientos espectaculares, observamos muchas mejoras, los casos malos son debidos en gran parte a una falsa indicación.

Simultaneamente desaparece el dolor y se observó una recuperación articular radiológica. Estamos de acuerdo con M. SCHNEIDER (1977) (5), en el sentido que un buen resultado clínico a largo plazo siempre se ve acompañado con una regeneración articular. También hemos visto como H. WARGNE (1974) (6), que cuando se consigue recuperar la función, las estructuras se recuperan por sí mismas.

La osteotomía de varización está indicada cuando la pierna puede ser abducida por lo menos 30°, esta postura debe ser examinada con radiografía y no se debe observar ninguna incongruencia articular importante en el sentido de un pinzamiento importante a la altura del ángulo acetabular, una posición viciosa debe ser evitada a toda costa con la variación; esto fue expuesto por OSBORNE CV (1977) (4), TARHRNIW HC.

La radiografía del contorno cefálico que hemos practicado a los pacientes con

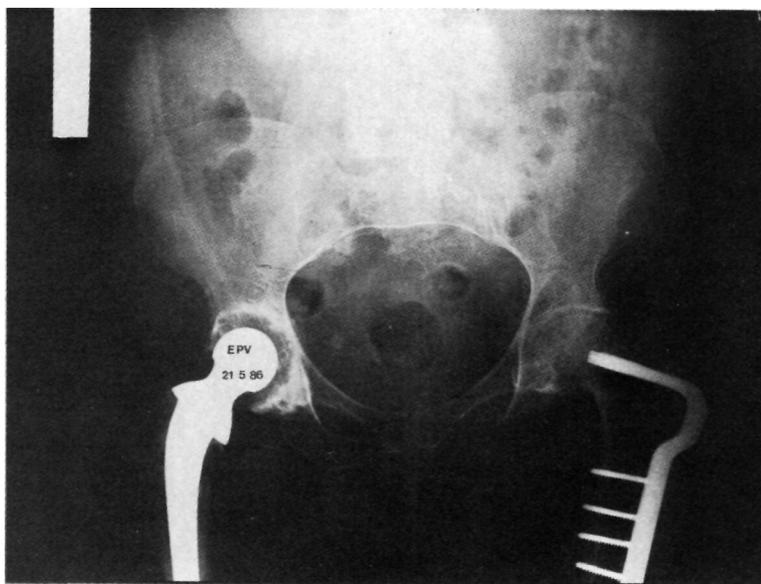


FIG. 2.— Radiografía realizada a los 18 meses de la intervención donde se observa una buena congruencia articular y desaparición de los quistes subcondrales.

las dos proyecciones nos han dado una información esencial.

Después de la osteotomía y la resección en cuña, el atornillado a compresión es importante, esto permite la movilización precoz e indolora estudiada por R. y J. JUDET (1965) (1), siendo el peligro de pseudoartrosis prácticamente nulo.

### Conclusiones

1. La osteotomía de varización está indicada en casos con buena capacidad de abducción y buena congruencia articular.

2. El ensanchamiento radiológico de la línea articular tiene lugar por neoformación del cartílago fundamentalmente útil.

3. El cartílago se forma tanto en la cabeza como en el acetábulo.

### Resumen

Este trabajo se basa en la revisión de los 30 casos de osteotomía varizante de

cadera, realizados en el Hospital Ntra. Sra. del Pino de Las Palmas de Gran Canaria.

Los autores comunican los casos intervenidos, así como la técnica quirúrgica utilizada, siguiendo con la evolución y los resultados obtenidos y realizando una discusión así como las conclusiones.

### BIBLIOGRAFIA

1. JUDET, R. et J.: L'osteotomie de Mac Murray dans le traitement des coxarthroses. *Revue de Chir Orthop.* Tome 51, n.º 8. 651-697 (1965).
2. MULLER, M. E.: Intertrochanteris Osteotomies in Adults. Heidelberg New York Springer (1969).
3. PAUWELS, F.: Atlas zur biomechanik der gerunden und Kranken Hujte. New York R. Springer (1973).
4. OSBORNE, C. V., FAHRNIW, H.: Oblique displacement osteotomy for oostearthritis of the hip joint. *Journal of bone and jount surgery.* Brithish Volume 32. 148-160 (1950).
5. SCHNEIDER, R.: Die intertrochantere extension und huftoppdefekten unfallheilkunde 80. 177-181 (1977).
6. WARGNE, H.: Spatergebnise nach intertrochanteren osteotomien *Z Orthop.* 112. 699-703 (1974).

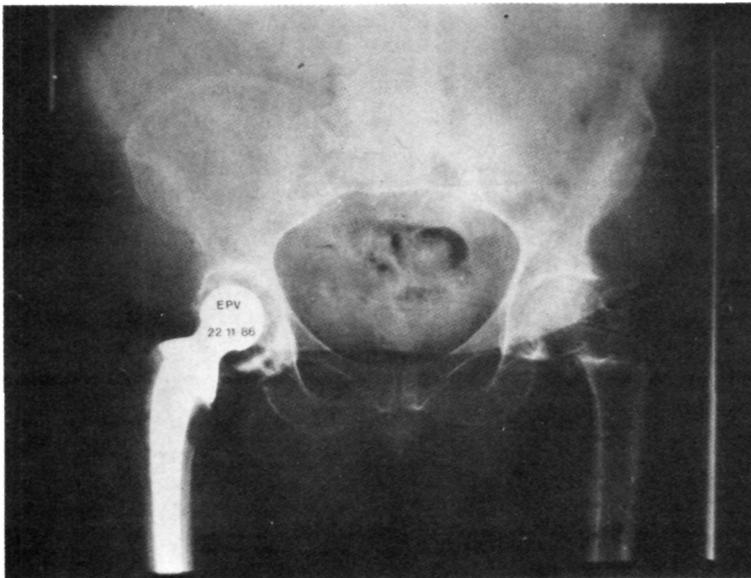


FIG. 3.— Radiografía a los 2 años de la intervención donde se extrajo la placa con un buen resultado funcional y radiológico.