

## *DISCUSION Y CIERRE DE DISCUSION DE TRABAJOS ANTERIORES*

# Luxación de cadera luego de la osteotomía de Salter

(Dr. Alberto O. Cánova, Vol. 56, N° 4, págs. 491-500)

### CIERRE DE DISCUSION

**Dr. Alberto O. Cánova:** Los datos bibliográficos aportados por el Dr. Ghirardi indudablemente han mejorado la calidad de la presentación.

Las cifras por él traídas evidencian que esta complicación en algunas estadísticas llega a superar el 5%.

Concordamos totalmente en que las luxaciones anteriores suelen ser debidas a la exagerada anteversión, que la operación de Salter, en contra de los postulados iniciales de este autor, no llegó a mejorar.

Otro punto de los muchos de coincidencia que tenemos es que, si bien el límite de remodelación espontánea no es los 18 meses, alargar la espera encierra más inconvenientes que ventajas.

Y por supuesto que los resultados pobres o malos se suelen producir de los tres años para arriba.

Preferimos realizar la osteotomía con escoplo laminar, de acuerdo con lo preconizado por Ferré

en 1974, porque nos ha resultado más simple que hacerlo con la sierra de Gigli.

Y volvemos a coincidir plenamente respecto de asegurar el desplazamiento obtenido empleando más de una clavija. En nuestros primeros casos, cuando usábamos una sola, tuvimos un redespazamiento de la osteotomía y al reoperar ese enfermo terminamos con uno de nuestros malos resultados.

Coincidimos con la propuesta de realizar antes de la reducción definitiva, luego de haber hecho todos los tiempos de partes blandas, la operación de Salter para tener una buena visión de la corrección obtenida y luego recién hacer la reducción definitiva de la cadera.

Al Dr. Groiso deseo reconocerle su clara exposición respecto de las características de la operación de Salter con las posibles limitaciones de la abducción y de la flexión motivada por los desplazamientos geométricos que hacemos con el acetábulo. Coincidimos también en que la osteotomía femoral no puede nunca mejorar un acetábulo por

encima de los 4 años y mucho menos de los 8, pero nuestra referencia a ella entra en el tratamiento a la demanda de las luxaciones postosteotomía de Salter.

Al Dr. Francone le agradezco su oportuna cita del Dr. Juan Carlos Boveri, porque la mayoría de los conocimientos ortopédicos que poseo se los debo a ese eminente maestro. El recurso quirúrgico de fijar la reducción de la cadera mediante una clavija trocantérico-ilíaca lo aprendí de él.

Respecto de la TAC repito que la utilizamos en estos fracasos quirúrgicos y no para determinar si realizamos una operación de Salter u optamos por otra técnica en caderas con insuficiencia de techo, porque tenemos otros recursos menos agresivos

para hacerlo.

Respecto de las bondades de la técnica de Ludloff, expresadas en su comentario, pese a que no es tema de este trabajo, la oblicuidad de algunos acetábulos, muchas veces conlleva a la artrosis secundaria del adulto y en la evolución de las mismas es muy útil la técnica de Severin, citada por Ghirardi.

Para finalizar deseo aclarar que por error tipográfico de mi secretaria las cifras publicadas no se corresponden con las presentadas en mi lectura del mes de noviembre de 1991; el número correcto de operaciones es de 136 y la incidencia de esta complicación de 2,20%. Valga esto como fe de erratas.