

## Retos mayores

### La desarticulación de cadera y la hemipelvectomía

Ajustar el tamaño de la letra en la pantalla: [+ letra más grande](#) | [- letra más pequeña](#)

Traducción al Español: The BilCom Group

inMotion Volume 15 · Issue 1 · January/February 2005: Higher Challenges: The Hip Disarticulation and Transpelvic Amputation Levels - English Version is available in [Library Catalog](#)



***Al hablar de amputaciones de extremidades inferiores, hemos visto que cada nivel presenta sus propias características y retos. Cuanto más subimos, más articulaciones quedan afectadas. Una amputación transtibial supone la pérdida del pie y una articulación principal: el tobillo; mientras que la amputación transfemoral supone la pérdida de dos articulaciones principales: la rodilla y el tobillo. Puesto que las personas con una amputación transfemoral tienen que aprender a afrontar la pérdida de dos articulaciones principales con***

***capacidad para soportar peso y las personas con amputación transtibial solo tienen que aprender a afrontar la pérdida de una, las primeras se enfrentan a más retos a la hora de aprender a usar una prótesis y volver a caminar.***

***Ahora, dirigiremos nuestra atención a dos niveles superiores de amputación: la desarticulación de cadera y la amputación transpelviana, también conocida como hemipelvectomía .***

Estas amputaciones significan la pérdida de tres articulaciones: la cadera, la rodilla y el tobillo. Aunque no se puede predecir con certeza quién se recuperará mejor tras la amputación, generalmente las personas que se someten a estas amputaciones afrontan retos mucho mayores. Tratar de superar la pérdida de tres articulaciones con capacidad para soportar peso, en lugar de una o dos, es algo extremadamente complicado. Es casi 10 veces más difícil vivir con una amputación transfemoral que con una amputación transtibial; y vivir con una amputación de cadera o transpelviana quizás sea 100 veces más duro. Caminar, estar de pie e incluso mantener el equilibrio al estar sentado —algo que la mayoría de nosotros damos por hecho— son acciones que quedan muy afectadas tras las amputaciones de cadera o pelvis.

Además de la repercusión física de las amputaciones de cadera y pelvis, éstas también afectan a la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Aumenta la preocupación y el estrés puesto que estas cirugías cercenan ese espacio asociado a las funciones de los órganos centrales y la identidad sexual. A veces, la operación afecta a los intestinos, la vejiga o las funciones sexuales. La mayor

parte del tiempo, no es así. Pero, de cualquier manera, empieza a afectar al interior del cuerpo. La amputación ya no se centra solo en la pérdida de parte o de toda la extremidad. Los aspectos emocionales y psicosociales de este tipo de amputación pueden ser aún más complicados que los de otras amputaciones.

Soy un gran partidario de los grupos de apoyo pero, desgraciadamente, algunas personas con amputaciones de cadera o pelvis pueden sentirse excluidas e incluso aisladas durante las reuniones. Hay menos personas con este tipo de amputaciones superiores y los grupos de apoyo suelen centrarse en los problemas y retos a los que se enfrenta la mayoría. La perspectiva es diferente. Muchos de mis pacientes con amputaciones de cadera o pelvis me dicen que, aunque disfrutan de algunos aspectos del grupo de apoyo, no suelen sentirse del todo incluidos o sincronizados con el resto de los miembros. Dicen que algunos de los temas que surgen en las reuniones no son importantes para ellos y que sus problemas no son relevantes para los demás. Si el grupo está formado por un gran número de personas con amputaciones transtibiales o transfemorales, puede que las discusiones se centren principalmente en los problemas a los que ellos se enfrentan. Es posible que una persona con una amputación por debajo de la cadera y la pelvis no se esté enfrentando a problemas relacionados con la imagen y el funcionamiento interno de su cuerpo, así que es probable que no tenga nada que decir sobre estos temas o incluso que no sepa qué preguntar. Puede ser difícil para otros miembros del grupo entender o identificarse emocionalmente con las preocupaciones de una persona con una amputación de cadera o pelvis. Asimismo, una persona con uno de estos niveles superiores de amputación puede ser reacia a comentar ciertos temas con alguien que no se encuentra en una situación similar.

*¿Podría haber para nosotros mayor milagro que mirarnos por un instante con los ojos del otro?" - Henry David Thoreau - ensayista, poeta, filósofo*

## **Desarticulación de cadera**



La desarticulación de cadera es la extirpación quirúrgica de toda la extremidad inferior a nivel de

la cadera. Una desarticulación tradicional de cadera se lleva a cabo separando la cabeza del fémur de la fosa de la cadera, mientras que la versión modificada conserva una pequeña parte del fémur proximal (superior) para mejorar el contorno de la desarticulación y sentarse sea más cómodo. Una desarticulación de cadera suele ser el resultado de traumatismos, tumores y graves infecciones, como la fascitis necrotizante (conocida comúnmente como bacteria come-carne). Más raras veces, es el resultado de una enfermedad vascular y de complicaciones relacionadas con la diabetes.

En décadas anteriores, la desarticulación de cadera era el tratamiento más común para casos de cáncer agresivo en las extremidades inferiores. El objetivo del cirujano era extirpar todas las células del tumor y minimizar cualquier probabilidad de que el cáncer volviese a aparecer, así que la amputación se realizaba hasta la cadera. Hoy en día, el tratamiento puede incluir cirugía y varias modalidades de quimioterapia o radiación para destruir las células del tumor. Gracias a estas modalidades complementarias, ahora podemos realizar varios tipos de operaciones y puede amputarse más abajo. Ahora también podemos salvar más extremidades. Muchos pacientes, especialmente niños, son candidatos a resecciones y sustituciones quirúrgicas de osamenta con hueso de donante o implantes metálicos. Desgraciadamente, no siempre es posible salvar una extremidad y la amputación sigue siendo un tratamiento esporádico para tratar el cáncer en las extremidades inferiores.

## **La hemipelvectomía**

La hemipelvectomía es la extirpación de toda la extremidad inferior y de parte de los huesos pelvianos. Se realiza en una zona del esqueleto que puede incluir desde la fosa exterior hasta la columna espinal central, el acetábulo, isquion, rama, ilion y sacro. Las hemipelvectomías son, en su mayor parte, consecuencia de traumatismos muy graves, tumores, y, concretamente para pacientes con lesiones de la médula espinal, graves y recurrentes infecciones y ulceraciones.

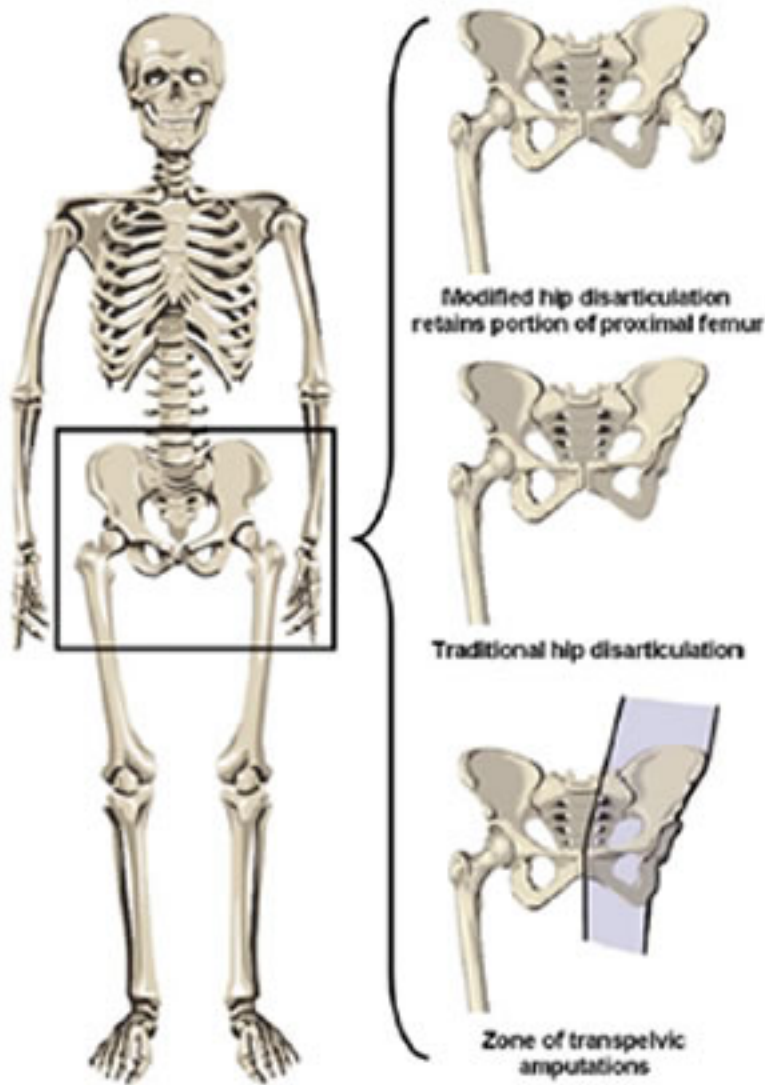
Un aspecto muy importante de los problemas a nivel pelviano es el riesgo de mortalidad. Es una triste realidad, pero muchas personas no superan la enfermedad o la lesión que conduce a este nivel de amputación. Y las amputaciones a este nivel conllevan una mortalidad significativa durante la operación o la hospitalización inmediatamente posterior. Algunos estudios muestran que hasta una tercera parte de las personas hospitalizadas por una intervención transpelviana no sobreviven. A veces, las heridas son consecuencia de una lesión por aplastamiento, como un derrumbe en una obra o una explosión. Más frecuentemente, la lesión es consecuencia de una colisión a gran velocidad con una motocicleta, un vehículo todo terreno o una motonieve y que causa un traumatismo hasta la pelvis. Con lesiones de este tipo, la persona corre más riesgo de perder la vida.

Como vimos anteriormente, la hemipelvectomía elimina más que una extremidad. Al extirpar parte de los huesos pelvianos, y posiblemente los órganos reproductores y las funciones de los intestinos y la vejiga, comenzamos a perder parte del centro del núcleo corporal. Por lo tanto, estas amputaciones tienen profundos efectos que van más allá de la pérdida de una extremidad y la capacidad para caminar. Pueden afectar seriamente a la capacidad para sentarse, con dificultades para mantener el equilibrio, el apoyo y la distribución del peso, lo que puede llevar a un mayor riesgo de ulceraciones y llagas por presión. Además, estas amputaciones pueden afectar a los intestinos, la vejiga, las funciones sexuales y la naturaleza simétrica del centro del núcleo corporal inferior.

## Cirugía

La desarticulación de cadera y la hemipelvectomía suelen requerir más variabilidad en el lugar de la amputación que otras amputaciones de extremidades inferiores. Se puede necesitar inventiva y creatividad por parte del cirujano porque la cantidad de tejidos que se pierden a causa de la lesión, enfermedad o infección varía en cada caso. Asimismo, en este tipo de amputaciones, hay menos tejido blando con el que trabajar para cerrar la herida y protegerla que el que encontramos en la zona de la pantorrilla o el muslo. Cuando la lesión, enfermedad o infección requiere de una amputación en la parte inferior de la pierna, la persona y el cirujano suelen estar de acuerdo con que es mejor amputar por encima de la zona problemática. Por ejemplo, si existen graves problemas en la zona del pie o el tobillo, la amputación se realiza generalmente en la pantorrilla, por encima de la zona problemática. Esto desplaza la amputación fuera de la zona de la lesión, enfermedad o infección y ofrece un tejido sano como protección. Subir también favorece la cicatrización y el bienestar. Del mismo modo, si hay problemas en la zona de la rodilla, la amputación se realiza en el muslo, de nuevo por encima de la zona de la lesión, enfermedad o infección.

Simplemente, no hay espacio cuando la lesión, enfermedad o infección afectan a la zona de la cadera o la pelvis. Éste es el primer nivel de amputación de extremidad inferior donde no hay opción a seguir subiendo. Es una realidad física; no se puede subir más y el equipo quirúrgico debe hacer todo lo que pueda bajo estas circunstancias. Eso significa retos mayores durante la operación. Los cirujanos necesitan ser más creativos porque trabajan directamente en la zona problemática. Y puesto que no pueden amputar en una zona donde el tejido es el adecuado, es



más delicado cerrar la herida.

Esta falta de tejido blando adicional puede dejar cicatrices y hacer que sean necesarios colgajos especiales para realizar injertos de piel. La edad también puede ser un factor. Las cicatrices y los injertos no suelen ser tanto un problema para los niños como para los adultos. Muchos niños pequeños sorprenden a sus médicos y terapeutas porque aprenden rápido a caminar y sentarse y a vivir con la tremenda pérdida que conllevan las amputaciones de cadera. Aunque los adultos también tienen que superar esta pérdida, es más difícil para ellos conseguir logros similares con una prótesis. ¡Los adultos lo tienen mucho más difícil! Analizaremos este concepto con más detalle en la segunda parte de esta serie.

El equipo quirúrgico trata de dar forma a las superficies óseas para que puedan aguantar el peso al sentarse y pararse y para usarlas como protección para cubrir las superficies del

esqueleto. Dependiendo de la disponibilidad, normalmente se utilizan los músculos del glúteo o muslo. El procedimiento normal es utilizar los músculos del glúteo como relleno en la zona de la cadera. Pero si estos músculos se pierden, la siguiente opción sería el músculo frontal del cuádriceps. A veces, se pierden tanto los músculos del glúteo como los del muslo y esto supone un gran problema. Sin un músculo sano que sirva como protección, cubrir y cerrar la herida dependerá de la cicatrización —básicamente, dejar que la madre naturaleza rellene la herida con el tiempo— y, más adelante, se colocarán frágiles injertos de piel. Todo esto hace que la zona sea mucho más sensible y propensa a las heridas, infecciones o ambas. Desgraciadamente, en algunos casos, simplemente no existen buenas opciones.

Las formas básicas de amputar en la zona de la cadera son la desarticulación modificada, la desarticulación tradicional y los diversos grados de hemipelvectomía. En una desarticulación modificada de cadera, se extirpa la pierna entera con excepción de la parte superior del fémur (hueso de muslo) alrededor de los trocantes mayor y menor (dos protuberancias óseas a las que se conectan los tendones bajo el cuello del fémur), la cabeza del fémur y la fosa de la cadera. Esto proporciona una superficie más lisa para que los músculos descansen y, a veces, para mejorar el apoyo al sentarse.

En una desarticulación tradicional de cadera, se extirpa la parte superior del fémur y se desarma la cabeza y la fosa de la cadera. Se quita todo el fémur, incluida la cabeza, y se conserva la fosa.

Si la lesión o enfermedad afecta a la fosa o la zona pélvica, pueda que sea necesaria una hemipelvectomía. Se quitan la fosa de la cadera y parte de los huesos pelvianos (acetábulo, isquion, rama e ilion). Hay muchas variaciones según la cantidad que se extirpa, dependiendo del traumatismo, la infección o el tumor. A veces, puede que se quite el sacro (un hueso triangular compuesto de cinco vértebras fusionadas justo encima del cóccix que forma la base de la espina dorsal) pero tratamos de evitarlo, si es posible. Cuando la amputación afecta al sacro, eso significa sacrificar los nervios relacionados con los intestinos, la vejiga, las funciones sexuales o una combinación de alguno de estos.

## **Una típica equivocación**

Muchas personas asumen erróneamente que la diferencia entre una desarticulación de cadera y una hemipelvectomía es comparable a la diferencia que hay entre una desarticulación de rodilla y una amputación transfemoral (por encima de la rodilla). Creen que al amputar más arriba habrá mucho más tejido blando que ayude a cerrar la herida y proteger la zona. Pero la desarticulación de cadera y las distintas hemipelvectomías son parecidas desde el punto de vista óseo y ambas dependen de los mismos músculos para el relleno y el cierre de la herida. Los problemas por falta de tejido blando no variarán mucho al amputar más arriba porque la hemipelvectomía se suele realizar apenas dos pulgadas por encima de la desarticulación de cadera. La envoltura del tejido blando no varía mucho en esas dos pulgadas. Esta equivocación está muy difundida. Algunos médicos me han preguntado: "Esta desarticulación de cadera no cierra. ¿No podemos hacer una hemipelvectomía para lograr cerrarla?" Y les tengo que decir: "Aunque la hemipelvectomía quita más hueso, no quiere decir que haya más tejido blando o que el tejido blando cierre con más facilidad. La cantidad de tejido blando que hay para cerrar la herida varía muy poco".

## **La posible repercusión en los intestinos, la vejiga y las funciones sexuales**

A menudo me preguntan si este tipo de amputaciones afecta a los intestinos, la vejiga o las funciones sexuales. La respuesta es: "A veces". Por lo general, una desarticulación modificada de cadera o una desarticulación tradicional no tienen ningún efecto en estas funciones, salvo en circunstancias especiales. Cuando hay heridas cerca de la zona rectal causadas por un traumatismo, infección o tumor, se realiza una colostomía temporal por razones higiénicas (una abertura anal artificial desde el colon hasta la pared abdominal). La colostomía ayuda a mantener las heridas más limpias durante la cicatrización. El objetivo es que tras la cicatrización de la herida se elimine la colostomía y se recupere la función normal de los intestinos. Normalmente ocurre como se planea, pero en raras ocasiones, la colostomía llega a ser permanente.

En una desarticulación de cadera, los órganos urinarios, intestinales y sexuales suelen conservar su función. Pero a veces se perciben cambios en esa parte del cuerpo. Eso ocurre porque los intestinos, la vejiga y los órganos sexuales se hallan tan cerca de la zona operada que parece que quedan afectados. Cuando hablo con la gente antes de la operación, les digo que aunque no vamos a operar en los órganos sexuales ni en el recto, la operación puede afectar a esas zonas. Por lo general, se producen inflamaciones tras la amputación y pueden sentir como si les empujasen las partes personales hacia el lado no amputado. Cuando la inflamación disminuye y las heridas cicatrizan y se contraen, pueden sentir como si el tejido de la cicatriz estuviese tirando de todo hacia el lado amputado. Este fenómeno "de ida y vuelta" puede resultar alarmante. Pensamos en esa zona de nuestro cuerpo como algo simétrico y cuando la cirugía "cambia el

paisaje" nos preocupamos mucho, aunque las funciones no hayan quedado afectadas.

La probabilidad de experimentar un cambio en las funciones de los intestinos, la vejiga o los órganos sexuales aumenta con una hemipelvectomía, que supone la pérdida de parte del hueso pelviano. Las raíces nerviosas del sacro en la parte inferior de la columna espinal pueden dividirse. Estas raíces nerviosas sacras son las que proporcionan sensibilidad en la zona de los intestinos y de la vejiga. En algunos casos, puede que se requiera practicar una colostomía, para la función de los intestinos, o una urostomía, para la función de la vejiga. Aunque en otros casos se salva la zona rectal y los órganos sexuales, es posible que se cambien de posición. Este concepto puede ser difícil de entender.

Este cambio se produce cuando el cierre quirúrgico gira los tejidos blandos, como cuando se tira del tejido blando de la parte frontal del muslo y se cubre la zona de la amputación. Los órganos no se mueven de un lado a otro con cirugía sino que se tira suavemente de ellos, se empujan, se giran o se tuercen cuando se mueve el tejido blando, de forma que ya no son simétricos.

Por supuesto, no todos los que sufren una amputación de cadera o pelvis deben enfrentarse a cambios en cualquiera de estas funciones. Desgraciadamente, algunas personas quedan afectadas; normalmente es más frecuente en aquéllas que se someten a una hemipelvectomía que en quienes sufren una desarticulación de cadera. No existe una respuesta para todos; depende de la zona de la lesión o enfermedad.

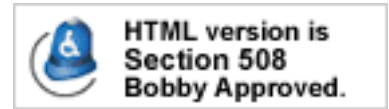
La pérdida de cualquiera o todas estas funciones puede ser incluso más devastadora que la pérdida de una o ambas piernas. Y presenta más retos a la hora de elaborar la prótesis. En estos niveles de amputación, la prótesis incorpora una pelvis; en algunos casos, puede extenderse hasta las costillas. Sin embargo, no queremos que la prótesis haga presión en la zona de la ostomía (abertura artificial) y trabajar en esa parte se convierte, desde el punto de vista protésico, en un verdadero reto.

Las cuestiones sobre rehabilitación y prótesis para amputaciones de cadera y pelvis son muy complejas. En las próximas partes de esta serie, hablaremos de la importancia de la juventud y el envejecimiento en la recuperación y ofreceremos más información sobre cuestiones emocionales y personales. Desde el punto de vista protésico, hablaremos sobre los encajes con pelvis y cuerpo inferior y sobre los problemas técnicos a la hora de buscar una la cadera. Como veremos, los objetivos de la recuperación no siempre son tan claros como los de las amputaciones a niveles inferiores.

Estos niveles de amputación están más cerca de nuestra alma y, a menudo, nos acerca aún más a nuestra propia mortalidad. Nos enfrentamos a cambios importantes y debemos buscar dentro de nosotros mismos para encontrar nuevas formas de adaptarnos. El camino no siempre está claro y nunca es el mismo para todos. No siempre sabemos a dónde nos llevara el destino pero cada uno de nosotros debe encontrar la forma de adaptarse a él. Se dice que: "No se puede dirigir el viento, pero se puede ajustar a los marineros".



© Amputee Coalition of America. Los derechos de reproducción pertenecen a la [Coalición de Amputados de América](#). Se permite la reproducción local para uso de los constituyentes de la ACA, siempre y cuando se incluya esta información sobre los derechos de reproducción.



Las organizaciones o personas que deseen reimprimir este artículo en otras publicaciones, incluidos otros sitios web, deben contactar con la Coalición de Amputados de América para obtener permiso.