



Influencia de la posición quirúrgica en la dismetría de miembros pélvicos tras artroplastia total de cadera primaria

Influence of Surgical Positioning on Pelvic Limb Discrepancy after Primary Total Hip Arthroplasty

 **Mariela Jazmin Alejo Arcos**
Hospital Centenario Miguel Hidalgo, México
dra.mariela.alejo@gmail.com

 **Ignacio Soto Juárez**
Hospital Centenario Miguel Hidalgo, México
gnaciosotojuarez@hotmail.com

 **Luz Andrea Verduzco**
Hospital Centenario Miguel Hidalgo, México
luzandreavh@gmail.com

Lux Médica
vol. 21, núm. 62, 2026
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México
ISSN-E: 2007-8714
Periodicidad: Cuatrimestral
revistaluxmedica@edu.uaa.mx

Recepción: 25 agosto 2025
Aprobación: 05 marzo 2026

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4865616002/>

Resumen: **Introducción:** La discrepancia de miembros pélvicos (DMP) es una de las principales causas de insatisfacción tras artroplastia total de cadera (ATC). Se ha sugerido que la posición quirúrgica podría influir en su aparición. **Objetivo:** Determinar si existe asociación entre la posición quirúrgica (decúbito lateral *vs.* supino) y la discrepancia radiológica de miembros pélvicos tras ATC primaria. **Métodos:** Estudio retrospectivo transversal de 47 pacientes sometidos a ATC primaria en 2024 mediante abordaje lateral. Se evaluó la discrepancia radiológica en radiografías AP de pelvis. Se definió discrepancia significativa como >5 mm. Se utilizó chi cuadrada para comparar proporciones ($p < 0.05$). **Resultados:** El 57% de los pacientes en decúbito lateral y 58% en supino presentaron discrepancia >5 mm. No hubo asociación significativa entre la posición quirúrgica y la discrepancia ($p = 0.88$). La mayoría (83%) presentó discrepancias <10 mm, sin relevancia clínica reportada. **Conclusiones:** La posición quirúrgica no influyó significativamente en la discrepancia radiológica tras ATC primaria. Estos resultados son consistentes con reportes actuales que destacan factores adicionales como discrepancias preoperatorias, abordajes específicos y mediciones intraoperatorias.

Palabras clave: Artroplastia total de cadera, Discrepancia de miembros pélvicos, Posición quirúrgica, Dismetría.

Abstract: Introduction: Leg length discrepancy (LLD) is one of the main causes of dissatisfaction after total hip arthroplasty (THA). It has been suggested that surgical

Notas de autor

dra.mariela.alejo@gmail.com

positioning may influence its occurrence. Objective: To determine whether there is an association between surgical positioning (lateral decubitus vs supine) and radiological leg length discrepancy after primary THA. Methods: Retrospective cross-sectional study of 47 patients undergoing primary THA in 2024 with lateral approach. Radiological discrepancy was evaluated on AP pelvic radiographs. Significant discrepancy was defined as >5 mm. Chi-square test was used to compare proportions ($p < 0.05$). Results: 57% of patients in lateral decubitus and 58% in supine presented discrepancy >5 mm. No significant association was found between surgical position and discrepancy ($p = 0.88$). Most patients (83%) had discrepancies <10 mm without clinical relevance. Conclusions: Surgical positioning did not significantly influence radiological discrepancy after primary THA. These findings align with current reports emphasizing additional factors such as preoperative discrepancies, surgical approach, and intraoperative measurements.

Keywords: Total hip arthroplasty, Leg length discrepancy, Surgical positioning, Dismetry.

PREVIEW VERSION

Introducción

La artroplastia total de cadera (ATC) es uno de los procedimientos ortopédicos más realizados a nivel global y constituye una intervención altamente efectiva para mejorar dolor, movilidad y calidad de vida en pacientes con artropatías degenerativas o traumáticas. Su frecuencia continúa en ascenso impulsada por el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónico-degenerativas y la mayor expectativa funcional de los pacientes¹⁻⁴.

A pesar de los avances en técnicas quirúrgicas, planeación preoperatoria y diseño protésico, la discrepancia de miembros pélvicos (DMP) persiste como una complicación relevante tras la ATC. Esta alteración no sólo puede influir en la biomecánica de la marcha y en la estabilidad pélvica, sino que además constituye una de las principales causas de insatisfacción del paciente y de litigio médico-legal, sobre todo cuando la diferencia en la longitud supera umbrales clínicamente perceptibles⁵⁻⁷. La literatura ha demostrado que discrepancias mayores de 5 mm pueden modificar la cinemática de la marcha, mientras que valores por encima de 10 mm incrementan la probabilidad de dolor lumbar, cojera compensatoria e incomodidad funcional, incluso en ausencia de alteraciones radiográficas adicionales⁸⁻¹³.

La prevalencia reportada de DMP tras la ATC primaria varía ampliamente en la literatura, alcanzando cifras cercanas a 50% dependiendo del método de medición y del punto de corte considerado⁹. Esta variabilidad pone de manifiesto la influencia de múltiples factores, entre ellos la planificación preoperatoria, el tipo de implante, la técnica quirúrgica utilizada, el abordaje y, potencialmente, la posición en la que se coloca al paciente durante la cirugía.

La posición quirúrgica ha sido objeto de debate debido a su posible impacto en la interpretación intraoperatoria de referencias anatómicas. En decúbito lateral, la aducción involuntaria de la pelvis puede generar errores en la percepción de la longitud real de la extremidad, con variaciones descritas de hasta 17 mm por cada 10° de inclinación. Por el contrario, el decúbito supino ofrece un acceso más simétrico a ambas extremidades, lo que podría facilitar la evaluación comparativa mediante palpación de espinas ilíacas y maléolos¹⁴⁻¹⁸.

Considerando la divergencia de opiniones y la importancia clínica de la DMP, resulta necesario evaluar si la posición quirúrgica influye realmente en este desenlace. El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre la posición decúbito lateral frente a supino y la

discrepancia radiológica de miembros pélvicos en pacientes sometidos a la ATC primaria mediante abordaje lateral.

Métodos

Diseño del estudio: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal y comparativo basado en la revisión de expedientes clínicos y radiográficos de pacientes sometidos a artroplastia total de cadera (ATC) primaria.

Población y selección de participantes: Se identificaron todos los pacientes intervenidos durante el periodo de enero a diciembre de 2024 en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Centenario Hospital Miguel Hidalgo (CHMH). La selección se realizó mediante muestreo consecutivo, incluyendo únicamente a aquellos pacientes que cumplieran con los criterios establecidos para este análisis.

Criterios de inclusión:

- Pacientes sometidos a ATC primaria de componentes primarios.
- Procedimientos realizados mediante abordaje lateral
- Disponibilidad de expediente clínico completo, incluyendo notas preoperatorias, transoperatorias y posoperatorias.
- Estudios radiográficos completos en proyección anteroposterior (AP) de pelvis, disponibles en los sistemas institucionales SYNAPSE® y Modulab®.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con prótesis de revisión o componentes tumorales.
- Abordajes quirúrgicos distintos al lateral (por ejemplo, posterior o anterior).
- Expedientes con radiografías incompletas o de mala calidad que impidieran la medición confiable de la discrepancia.

Variables recogidas: Se registraron variables demográficas y clínicas, incluyendo edad, sexo, lateralidad de la extremidad intervenida y posición quirúrgica (decúbito lateral o supino). La variable principal del estudio fue la discrepancia de miembros pélvicos (DMP) posoperatoria.

Método de medición radiográfica: La DMP se cuantificó en radiografías AP de pelvis tomadas durante el seguimiento

posoperatorio inmediato. Las mediciones se realizaron utilizando el método clásico descrito en la literatura, que consiste en trazar una línea horizontal de referencia a nivel de las tuberosidades isquiáticas (línea biisquiática) y medir la distancia perpendicular desde esta hasta el ápex del trocánter menor de cada fémur. La diferencia absoluta entre ambos valores se consideró la discrepancia.

Con base en reportes previos, y para permitir la comparación entre estudios, se definió como **discrepancia significativa** un valor mayor de 5 mm.

Resultados

Los datos fueron procesados en SPSS® versión 25. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Para comparar la proporción de discrepancias significativas entre los grupos de posición quirúrgica se utilizó la prueba de chi cuadrada de Pearson, con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%.

Se analizaron 47 pacientes sometidos a artroplastia total de cadera primaria mediante abordaje lateral durante el periodo de estudio. De ellos, 22 (47.0%) fueron hombres y 25 (53.0%) mujeres, con una edad media de 65 ± 9 años. La extremidad intervenida fue la derecha en 27 casos (57.4%) y la izquierda en 20 casos (42.6%). En relación con la posición quirúrgica, 28 pacientes (59.6%) fueron operados en decúbito lateral y 19 (40.4%) en decúbito supino.

La Tabla 1 muestra las características generales de la muestra, evidenciando que los grupos comparados fueron similares en edad, sexo y lateralidad, sin diferencias relevantes entre ellos.

Tabla 1

Características generales de la muestra

Variable	Total (n=47)	Decúbito lateral (n=28)	Decúbito supino (n=19)
Edad media \pm DE (años)	65 ± 9	66 ± 8	64 ± 10
Sexo masculino	22 (47.0%)	13 (46.4%)	9 (47.4%)
Sexo femenino	25 (53.0%)	15 (53.6%)	10 (52.6%)
Lado derecho	27 (57.4%)	16 (57.1%)	11 (57.9%)
Lado izquierdo	20 (42.6%)	12 (42.9%)	8 (42.1%)

En cuanto a la discrepancia de miembros pélvicos (DMP), las mediciones radiográficas mostraron una amplia variabilidad entre pacientes. En el grupo intervenido en decúbito lateral, la discrepancia máxima registrada fue de 20 mm (tres pacientes), mientras que en el grupo supino la discrepancia máxima fue de 24 mm (un paciente). Las

medianas fueron similares entre ambos grupos: 7 mm (RIQ 3-10) para decúbito lateral y 6 mm (RIQ 2-9) para decúbito supino.

La distribución de la DMP por rangos se presenta en la Tabla 2, donde se observa que la mayoría de los pacientes presentó discrepancias ≤ 10 mm (71.4% en lateral y 68.4% en supino). Las discrepancias entre 11-20 mm fueron menos frecuentes y sólo un paciente del grupo supino presentó un valor mayor a 20 mm.

Tabla 2.

Distribución de discrepancias por rangos

Rango (mm)	Conteo total	Decúbito lateral (n=28)	Decúbito supino (n=19)	Porcentaje global (%)
0	3	1 (3.6%)	2 (10.5%)	6.4
0.1-5	20	12 (42.9%)	8 (42.1%)	42.6
6-10	13	8 (28.6%)	5 (26.3%)	27.7
11-15	3	2 (7.1%)	1 (5.3%)	6.4
16-20	7	5 (17.9%)	2 (10.5%)	14.9
21-24	1	0 (0.0%)	1 (5.3%)	2.1

Al dicotomizar la DMP utilizando el punto de corte >5 mm, 27 de los 47 pacientes (57.4%) presentaron una discrepancia significativa. Las proporciones fueron prácticamente idénticas entre los grupos: 57% (16/28) en decúbito lateral y 58% (11/19) en decúbito supino, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3.

Clasificación de discrepancia significativa (>5 mm)

Grupo	Con discrepancia significativa (%)	Sin discrepancia significativa (%)
Decúbito lateral (n=28)	57%	43%
Decúbito supino (n=19)	58%	42%

El análisis inferencial mediante chi cuadrada no mostró asociación significativa entre la posición quirúrgica y la presencia de DMP significativa ($\chi^2 = 0.02$; gl = 1; p = 0.88). Estos hallazgos indican independencia entre ambas variables y respaldan la aceptación de la hipótesis nula. En conjunto, los resultados sugieren que la posición quirúrgica no influyó de forma relevante en la magnitud ni en la frecuencia de la DMP en esta cohorte.

Discusión

La discrepancia de miembros pélvicos (DMP) continúa siendo una de las complicaciones más relevantes tras la artroplastia total de cadera (ATC), tanto por su impacto funcional como por su fuerte implicación en la satisfacción del paciente y en litigios médico-

legales¹⁻⁷. En esta serie retrospectiva, la posición quirúrgica—decúbito lateral o supino—no mostró influencia significativa sobre la presencia de una discrepancia radiológica mayor de 5 mm, lo que concuerda con diversos reportes que destacan la multifactorialidad de la DMP y la limitada contribución de la posición por sí sola⁶⁻⁸.

La proporción de pacientes con discrepancias significativas fue elevada (57-58%), pero la gran mayoría presentó valores menores de 10 mm, rango que según múltiples estudios rara vez se asocia con repercusión clínica importante⁸⁻¹³. Esto es consistente con lo descrito por Li et al., quienes observaron que los pacientes con discrepancias menores de 10 mm no presentan alteraciones biomecánicas sustanciales durante la marcha, mientras que diferencias mayores se relacionan con cambios compensatorios, sobrecarga lumbar y disminución en la estabilidad pélvica¹¹. Asimismo, Marmor y Farman reportaron que la mayoría de las demandas médico-legales relacionadas con DMP involucran discrepancias superiores a 10 mm o pacientes con expectativas funcionales más altas¹².

Los porcentajes observados en esta cohorte se encuentran dentro del rango reportado internacionalmente. Estudios previos han documentado incidencias de DMP que pueden superar 50% tras la ATC primaria, dependiendo del método de medición y del punto de corte utilizado⁹. Flecher et al. demostraron que incluso con planeación preoperatoria estandarizada y métodos de medición precisos, la DMP persiste como uno de los desafíos más difíciles de predecir y controlar en la reconstrucción femoroacetabular⁹.

Un aspecto relevante discutido en la literatura es el papel de la biomecánica intraoperatoria. La posición en decúbito lateral ha sido señalada como potencialmente menos confiable para identificar referencias anatómicas, debido a la rotación pélvica y a la aducción involuntaria asociada a la configuración natural de la cadera y a la morfología pélvica, particularmente en pelvis ginecoideas¹⁵. Sarin et al. describieron discrepancias de hasta 17 mm por cada 10° de aducción no percibida intraoperatoriamente¹⁵. En contraste, el decúbito supino permite el acceso simultáneo a ambas extremidades, lo que facilita la palpación comparativa de espinas ilíacas anterosuperiores y maléolos, además del uso más sencillo de fluoroscopia para corroborar la longitud final¹⁶. Sin embargo, pese a estas ventajas teóricas, los resultados de este estudio muestran que ninguna de las dos posiciones garantizó una reducción significativa de la DMP, lo cual coincide con hallazgos previos que cuestionan el impacto real de la posición en la magnitud de la discrepancia⁶⁻⁸.

Estos resultados sugieren que la influencia de la posición quirúrgica es probablemente menor en comparación con otros factores más determinantes. Entre ellos destacan la discrepancia preoperatoria, la técnica empleada para la preparación femoral, el tipo de implante, las

estrategias de medición intraoperatoria y la experiencia del cirujano. Kim et al. demostraron que incluso una discrepancia mínima preoperatoria puede ser un predictor significativo de la DMP posoperatoria, independientemente del abordaje o la posición utilizada¹⁹. Tassinari et al. refuerzan la importancia del abordaje quirúrgico, documentando que el abordaje anterior directo puede ofrecer un control más predecible de la longitud al permitir un campo visual más estable durante la colocación de los implantes²⁰. Asimismo, Wu et al. reportaron que la incorporación de mediciones intraoperatorias estandarizadas reduce de manera significativa la proporción de discrepancias >10 mm, independientemente del abordaje o de la posición²¹.

Otro punto relevante es la variabilidad inherente a las mediciones radiográficas. Aunque el método biisquiático-trocánter menor es uno de los más utilizados y validados¹⁴, sigue sujeto a factores como la rotación femoral, oblicuidad pélvica y diferencias en la técnica radiográfica. Parvizi et al. enfatizan que incluso pequeñas variaciones en la rotación interna o externa pueden modificar la posición aparente del trocánter menor, alterando la medición final¹⁶. Esto podría explicar por qué algunos pacientes presentan discrepancias radiológicas moderadas sin correlato clínico relevante.

En cuanto a las fortalezas del presente estudio, destaca que se basa en una cohorte consecutiva, con un método de medición radiográfica estandarizado y un análisis estadístico adecuado para las variables cualitativas. Además, se trata del primer análisis local que compara directamente la posición decúbito lateral frente a supino en ATC con abordaje lateral, lo que aporta evidencia inédita en el contexto regional.

No obstante, existen limitaciones que deben considerarse. El tamaño de muestra, aunque adecuado para el análisis de proporciones, limita la capacidad para detectar asociaciones más sutiles. El diseño retrospectivo está sujeto a sesgos inherentes, como variabilidad en la técnica quirúrgica entre operadores, diferencias en la calidad radiográfica y la ausencia de mediciones intraoperatorias estandarizadas. Asimismo, no se evaluaron desenlaces funcionales ni percepción subjetiva de discrepancia, parámetros que podrían correlacionarse mejor con la satisfacción del paciente que las mediciones radiológicas aisladas⁷⁻⁸.

Futuras investigaciones deberían incluir diseños prospectivos, mayor tamaño muestral y la incorporación de estrategias objetivas de medición intraoperatoria. La comparación entre abordajes quirúrgicos (particularmente el anterior directo) y la implementación de herramientas de navegación o sistemas digitales podrían aportar evidencia más sólida sobre la prevención de la DMP clínicamente relevante²⁰⁻²¹. En el contexto nacional, donde la disponibilidad de

tecnología avanzada es variable, la estandarización de técnicas simples y reproducibles puede ser una estrategia clave para reducir la incidencia de discrepancias importantes.

En conjunto, los hallazgos de este estudio respaldan la tendencia actual de la literatura que señala que la posición quirúrgica no constituye un factor determinante en la aparición de DMP tras la ATC primaria. Más bien, refuerzan la noción de que la DMP es un fenómeno multifactorial cuya prevención requiere una combinación de planeación preoperatoria precisa, técnica quirúrgica meticulosa, mediciones intraoperatorias confiables y comprensión clara de la biomecánica de la cadera.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio permiten establecer una serie de conclusiones que aportan claridad a la pregunta clínica planteada y que, de manera simultánea, amplían la comprensión de la discrepancia de miembros pélvicos (DMP) tras la artroplastia total de cadera (ATC). En primer lugar, los resultados demuestran que la posición quirúrgica ya sea decúbito lateral o supino no mostró asociación significativa con la presencia de DMP radiológica mayor de 5 mm en pacientes sometidos a la ATC primaria mediante abordaje lateral. La similitud en la proporción de discrepancias significativas entre ambos grupos (57% en decúbito lateral y 58% en supino) evidencia que la posición del paciente no constituye un factor determinante en este resultado, lo que sugiere que otros elementos intraoperatorios o preoperatorios podrían tener una influencia mucho más relevante.

En segundo lugar, aunque la discrepancia radiológica significativa fue frecuente en la serie analizada, la mayoría de los pacientes presentó discrepancias menores de 10 mm, rango que, de acuerdo con la literatura, rara vez se asocia con repercusión clínica relevante o insatisfacción del paciente. Esto coincide con múltiples reportes que señalan que, aunque las diferencias en la longitud de las extremidades pueden ser detectadas de manera radiológica, no necesariamente generan síntomas o alteraciones funcionales perceptibles. Desde esta perspectiva, es importante subrayar que la presencia de DMP no debe interpretarse de manera aislada, sino en el contexto de su relevancia clínica real, la cual depende de factores como la percepción del paciente, su nivel de actividad, la rehabilitación y la presencia de discrepancias preexistentes.

En tercer lugar, los resultados refuerzan la idea de que la DMP es un fenómeno multifactorial cuya prevención no depende principalmente de la posición del paciente, sino de un conjunto complejo de elementos que incluyen la planeación preoperatoria, la técnica quirúrgica, el tipo de implante utilizado, las mediciones

intraoperatorias y la experiencia del cirujano. Estudios recientes señalan que incluso discrepancias mínimas preoperatorias pueden predisponer a discrepancias posoperatorias, independientemente del abordaje o la posición. Asimismo, estrategias intraoperatorias objetivas, como el uso de dispositivos de medición o sistemas de navegación, pueden tener un impacto más significativo en la prevención de la DMP que la simple elección entre decúbito lateral o supino.

Otro aspecto relevante que se desprende de esta investigación es la necesidad de considerar el valor predictivo y práctico de las mediciones radiográficas. Aunque la medición basada en la línea bisquiática y el ápice del trocánter menor es un método aceptado y utilizado ampliamente, sigue sujeto a variaciones asociadas a la técnica radiológica, la rotación femoral o la oblicuidad pélvica. Esto implica que las discrepancias radiológicas deben interpretarse con cautela cuando se intenta establecer una correlación directa con síntomas clínicos.

Este estudio aporta evidencia local valiosa, especialmente en un contexto donde la disponibilidad de herramientas avanzadas de medición intraoperatoria es limitada. El análisis de una cohorte consecutiva y la estandarización del método radiográfico representan fortalezas importantes. No obstante, también existen limitaciones inherentes, entre ellas su carácter retrospectivo, el tamaño de muestra relativamente pequeño y la falta de correlación con desenlaces funcionales o subjetivos como la percepción individual de disimetría.

A partir de estos hallazgos, se considera necesario incentivar estudios futuros con diseños prospectivos, mayor número de pacientes, la integración de mediciones intraoperatorias objetivas y la comparación entre distintos abordajes quirúrgicos. Estas líneas de investigación permitirán identificar con mayor precisión los factores modificables que contribuyen a la DMP clínicamente relevante y desarrollar protocolos más eficaces para su prevención.

En conjunto, los resultados de este estudio permiten concluir que la posición quirúrgica no influye de manera significativa en la aparición de la DMP radiológica tras una ATC primaria mediante abordaje lateral. Más aún, subrayan que la prevención de discrepancias clínicamente relevantes depende no de la posición del paciente, sino de una combinación de planeación cuidadosa, técnica quirúrgica meticulosa y estrategias de medición confiables. Estos hallazgos contribuyen al cuerpo de conocimiento disponible y ofrecen una perspectiva útil para cirujanos que buscan optimizar resultados sin depender exclusivamente de la posición quirúrgica como estrategia preventiva.

Bibliografía

- Holzwarth U, Cotogno G. Total hip arthroplasty: State of the art, challenges and prospects. Luxembourg: European Commission, Joint Research Centre; 2012.
- Brand RA, Callaghan JJ, Johnston RC. Total hip reconstruction. *Iowa Orthop J.* 1991;11:19-42.
- Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet.* 2007;370(9597):1508-19. doi:10.1016/S0140-6736(07)60457-7
- Pivec R, Johnson AJ, Mears SC, Mont MA. Hip arthroplasty. *Lancet.* 2012;380(9855):1768-77. doi:10.1016/S0140-6736(12)60607-2
- Mirza SB, Dunlop DG, Panesar SS, Naqvi SG, Gangoo S, Salih S. Basic science considerations in primary total hip replacement arthroplasty. *Open Orthop J.* 2010;4:169-80. doi:10.2174/1874325001004010169
- Kishimoto Y, Suda H, Kishi T, Takahashi T. A low-volume surgeon is an independent risk factor for leg length discrepancy after primary total hip arthroplasty: a case-control study. *Int Orthop.* 2020;44:445-51. doi:10.1007/s00264-019-04435-6
- Maloney WJ, Keeney JA. Leg length discrepancy after total hip arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2004;19(4 Suppl 1):108-10. doi:10.1016/j.arth.2004.02.018
- Mavčič B, Dolinar D, Pompe B, Antolič V. Patient-dependent risk factors for self-perceived leg length discrepancy after total hip arthroplasty. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2019;29:793-9. doi:10.1007/s00590-019-02411-4
- Flecher X, Ollivier M, Argenson JN. Lower limb length and offset in total hip arthroplasty. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2016;102(1 Suppl):S9-18. doi:10.1016/j.otsr.2015.11.001
- Sykes A, Hill J, Orr J, Humphreys P, Rooney A, Morrow E, et al. Patients' perception of leg length discrepancy post total hip arthroplasty. *Hip Int.* 2015;25(5):452-6. doi:10.5301/hipint.5000276
- Li J, McWilliams AB, Jin Z, Fisher J, Stone MH, Redmond AC, et al. Unilateral total hip replacement patients with symptomatic leg length inequality have abnormal hip biomechanics during walking. *Clin Biomech.* 2015;30(5):513-9. doi:10.1016/j.clinbiomech.2015.02.014

- Marmor S, Farman T. Causes de procédures médico-légales après prothèse totale de hanche. *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2011;97(7):752-7. doi:10.1016/j.rcot.2011.09.002
- Lecoanet P, Vargas M, Pallaro J, Thelen T, Ribes C, Fabre T. Leg length discrepancy after total hip arthroplasty: can leg length be satisfactorily controlled via anterior approach without a traction table? *Orthop Traumatol Surg Res.* 2018;104(8):1143-8. doi:10.1016/j.otsr.2018.06.020
- Sarin VK, Pratt WR, Bradley GW. Accurate femur repositioning is critical during intraoperative total hip arthroplasty length and offset assessment. *J Arthroplasty.* 2005;20(7):887-91. doi:10.1016/j.arth.2004.11.016
- Matta JM, Shahrदार C, Ferguson T. Single-incision anterior approach for total hip arthroplasty on an orthopaedic table. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;441:115-24. doi:10.1097/01.blo.0000194679.25858.1d
- Parvizi J, Sharkey PF, Bissett GA, Rothman RH, Hozack WJ. Surgical treatment of limb-length discrepancy following total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(12):2310-7. doi:10.2106/00004623-200312000-00008
- Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. General concepts in biostatistics and clinical epidemiology: Observational studies with cross-sectional and ecological designs. *Medwave.* 2019;19(4):e7637. doi:10.5867/medwave.2019.04.7637
- Tinoco Gómez O. Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Industrial Data.* 2008;11(1):61-5.
- Kim HS, Lee HJ, Yoo JJ. Minimal preoperative leg length discrepancy as a risk factor of postoperative leg length discrepancy after total hip arthroplasty: a retrospective study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2023;24:954. doi:10.1186/s12891-023-07042-0
- Tassinari L, Di Martino A, Brunello M, Rossomando V, Traina F, Faldini C. Leg length discrepancy after total hip arthroplasty performed by direct anterior approach: a systematic review. *EFORT Open Rev.* 2024;9:733-44. doi:10.1530/EOR-24-0014
- Wu J, Zhuang X, Lin C, He L, Zhang R. Does the use of intraoperative measurement reduce limb length discrepancies after total hip arthroplasty *BMC Musculoskelet Disord.* 2023;24:648. doi:10.1186/s12891-023-06774-3

PREVIEW VERSION

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amelica/amelica/journal/486/4865616002/4865616002.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Mariela Jazmin Alejo Arcos, Ignacio Soto Juárez,

Luz Andrea Verduzco

Influencia de la posición quirúrgica en la disimetría de miembros pélvicos tras artroplastia total de cadera primaria

Influence of Surgical Positioning on Pelvic Limb Discrepancy after Primary Total Hip Arthroplasty

Lux Médica

vol. 21, núm. 62, 2026

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

revistaluxmedica@edu.uaa.mx

ISSN-E: 2007-8714