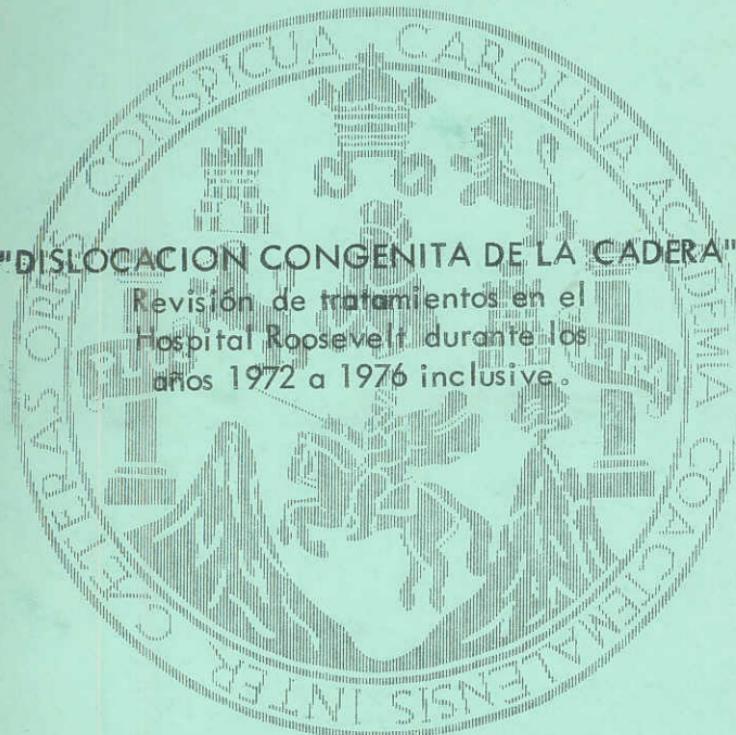


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



FRANCISCO JAVIER TUJAB MEDINA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1977

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. DEFINICION
- V. HIPOTESIS
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente estudio titulado: DISLOCACION CONGENITA DE LA CADERA, Revisión de tratamientos en el Hospital Roosevelt durante los años 1972 a 1976 inclusive, efectuado en el Departamento de Traumatología y Ortopedia, viene a sumarse a otros trabajos llevados a cabo en otros centros hospitalarios del país, y a la vez a constituir en parte una continuidad del trabajo de tesis del Doctor Henry Webb, cuyo estudio abarcó de los años 1965 a 1971 inclusive.

ANTECEDENTES

Acerca de este tema, al revisar el fichero de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, figuran los siguientes trabajos:

1. VON AHN. Harold. Algunas consideraciones sobre el diagnóstico precoz de la Luxación Congénita de la Cadera. 1953.
2. ALVAREZ. Francisco. Procedimientos conservadores en el tratamiento de Luxación Congénita de la Cadera. Tesis. Universidad San Carlos. Facultad CCMM. junio 1956.
3. RODRIGUEZ. Juan R. Algunas conclusiones estadísticas derivadas del problema de la Luxación Congénita de la Cadera en nuestro medio. Tesis. Guatemala. Universidad San Carlos. Fac. CCMM. julio 1961.
4. WEBB ELIZONDO. Henry F. Dislocación Congénita de la Cadera, evaluación de tratamientos y resultados obtenidos en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante los años 1965 a 1971. Tesis. Guatemala. Universidad San Carlos. Septiembre 1972.
5. MALDONADO REYES. Edgar R. Luxación Congénita de la Cadera. Revisión de tratamientos en el Hospital de Ortopedia y Traumatología del IGSS (sección niños). Tesis. Guatemala. Universidad San Carlos. Fac. CCMM. agosto 1974.
6. GOUBAUD C. Joaquín Alberto. Atrografía como elemento de diagnóstico de la Luxación Congénita de la Cadera. Tesis. Guatemala. Universidad San Carlos. Fac. CCMM. julio 1975.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer la incidencia de la Dislocación Congénita de la Cadera durante los años 1972 a 1976, en el Departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt.
2. Dar a conocer el sexo, grupo étnico y grupo etario más afectados; el diagnóstico clínico y radiológico predominante, y el tratamiento ortopédico instituido.
3. Hacer ver que el diagnóstico y tratamiento precoz de la Dislocación Congénita de la Cadera, repercute en un mejor pronóstico para el paciente.
4. Que el presente trabajo sirva como estímulo para efectuar en el futuro otros estudios similares, y continuarlos para poder contar con una información actualizada para mejor dirección del tratamiento a seguir.
5. Evaluar beneficios y perjuicios obtenidos en estos años con el tratamiento instituido por dicho problema.
6. Poner en juego todos los elementos que a mi paso por la Facultad de Medicina se me brindó para llevar a la investigación problemas inquietantes que aquejan a nuestra sociedad.

DEFINICION

LUXACION CONGENITA DE LA CADERA

Es una malformación de la articulación coxofemoral.

Es una de las afecciones ortopédicas más frecuentes. A pesar de ello, su diagnóstico se hace tarde en la mayor parte de los casos. Si es diagnosticada y tratada oportunamente, su pronóstico es bueno; pero si el tratamiento se hace tarde, el pronóstico se torna incierto. Un mal resultado en muchos casos significa la pérdida funcional de la articulación en forma permanente.

Etiología: Es afección familiar y hereditaria. Va asociada frecuentemente a otras malformaciones congénitas. Es más frecuente en el sexo femenino. Se observa especialmente en la raza blanca y amarilla, y entre los indios navajos. Es mayor la frecuencia en niños que han nacido en presentación de pelvis o que han sufrido un trauma al nacer. Aproximadamente es bilateral 40%, unilateral izquierda 35% y unilateral derecha 25%. Según un estudio estadístico en Guatemala, del Doctor Juan R. Rodríguez, es una enfermedad rara en la raza indígena de nuestro medio.

Clasificación: La malformación congénita de la cadera puede ser de tres clases: DISPLASIA, SUBLUXACION Y LUXACION.

DISPLASIA: Consiste en un retardo o alteración en el desarrollo de la articulación coxofemoral sin pérdida de las relaciones normales entre la cabeza femoral y la cavidad cotiloidea.

Signos clínicos: el examen del enfermo puede mostrar la presencia de uno o varios de los siguientes signos: 1) Asimetría de los pliegues del muslo o de la región inguinal o de las nalgas. 2) Limitación del movimiento de abducción pasiva de los muslos (SIGNO DE HART). 3) Traquidos en la cadera al hacer movimientos de abducción y aducción (SIGNO DEL CLIC O DE ORTOLANI). 4) A cortamiento aparente del miembro inferior (SIGNO DE ALLIS).

Signos radiográficos: El diagnóstico de la displasia se basa en la "Triada radiosintomática" descrita por Putti: 1) Cótilo insuficiente. 2) Retardo en la aparición del núcleo de osificación de la cabeza femoral. 3) Desplazamiento del extremo proximal del fémur.

Tratamiento: Consiste en mantener en abducción el miembro inferior por un tiempo suficiente hasta que se obtenga un desarrollo normal del acetáculo. Se consigue interponiendo entre los muslos del niño una Almohada de Frejka. Exámenes radiográficos cada 2 ó 3 meses permite seguir la evolución. El tratamiento se prolonga variablemente entre 4 y 12 meses.

SUBLUXACION:

Consiste en que las superficies articulares están solo parcialmente en contacto y la cabeza femoral se halla desplazada hacia fuera y arriba, con relación al acetáculo. Puede considerarse como una etapa severa de displasia, que puede anteceder a una luxación completa.

Signos clínicos: Semejantes a los hallados en la displasia. Sin embargo, en algunos casos no es posible observar al examen clínico ninguno de estos signos; en estos enfermos el diagnóstico está basado en el estudio radiográfico. Esta ausencia de signos

físicos, hecho verdaderamente inexplicable, es el motivo de que en muchos niños la afección pase inadvertida, y el diagnóstico solo puede ser establecido cuando inician la marcha claudicante.

Signos radiográficos: La cabeza femoral se encuentra ligeramente desalojada, hacia arriba y fuera con relación al acetáculo. La cavidad cotiloidea está aplanada y el índice acetabular aumentado. En general, los signos radiográficos descritos en la displasia están también presentes en la subluxación.

Tratamiento: En niños menores de un año, la subluxación debe ser tratado como una displasia, manteniendo las caderas del niño inmovilizadas en abducción amplia mediante una almohada de Frejka. En niños mayores puede estar indicado un medio de inmovilización más estricto, como una espica de yeso. La inmovilización se mantiene hasta observar clínica y radiológicamente una completa estabilidad de la cadera y un normal desarrollo de la cavidad acetabular.

LUXACION:

Consiste en una pérdida completa de las relaciones entre la cabeza femoral y la cavidad acetabular; la cabeza está completamente por fuera de la cavidad. El fibrocartílago acebular o limbo se encuentra interpuesto entre la cabeza y el cótilo.

Signos clínicos: Es más sencillo de establecer que el de la displasia y de la subluxación, clínica y radiológicamente, ya que los signos son más ostensibles. Puede comprobarse por la observación de la postura y marcha del paciente, y en la mesa de examen. Estos son: 1) Alteración de la postura. 2) Signo de Trendelenburg. 3) Alteración de la marcha. 4) Examen de la mesa.

Signos radiográficos: La cavidad acetabular aparece insu-

ficiente, con índice mayor de lo normal; frecuentemente existe la presencia de una neocavidad o neoacetábulo, por encima de la cavidad normal. El fémur es hipoplásico, generalmente deformado en coxa valga y anteverción; el núcleo femoral más pequeño que el del lado sano, aparece situado por fuera de la cavidad.

Tratamiento: Básicamente, el tratamiento consiste en reducir la luxación y mantenerla reducida por medio de una espica de yeso. Se debe comprobar la reducción por medio de radiografías.

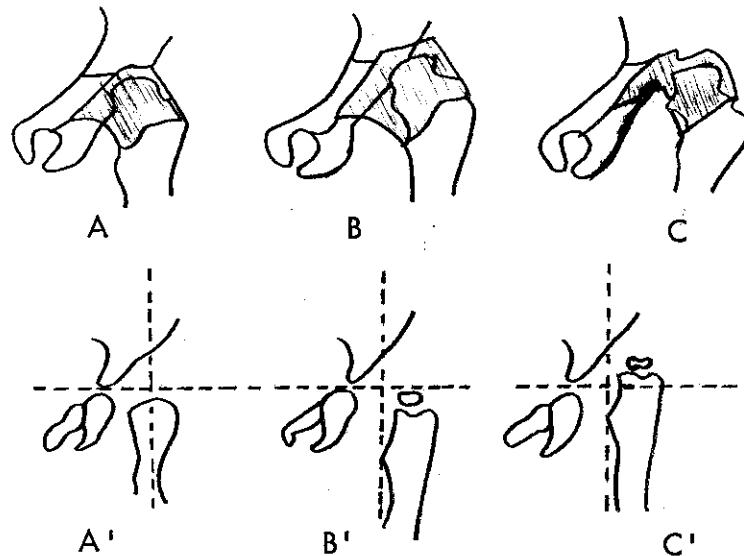
Otro método consiste en la reducción mediante un sistema exclusivo de tracción de los miembros inferiores, los cuales son llevados en abducción y rotación interna máxima, en forma progresiva en el curso de 60 días. Debe ser observada mediante radiografías cada 3 meses.

Si la cadera luxada no se puede reducir mediante procedimientos cerrados, suaves y atraumáticos; se recurre a procedimientos quirúrgicos persiguiendo suprimir las causas que imposibilitan la reducción. Se reduce e inmoviliza la cadera, generalmente en rotación interna y abducción, mediante una espica de yeso. Con frecuencia se recurre a otros procedimientos quirúrgicos para completar el tratamiento, entre los más comunes se citan: osteotomías de fémur, osteotomías del ilíaco.

Complicaciones: el tratamiento tardío conduce a necrosis de la cabeza femoral, reluxación de la cadera, artritis degenerativa, rigidez articular.

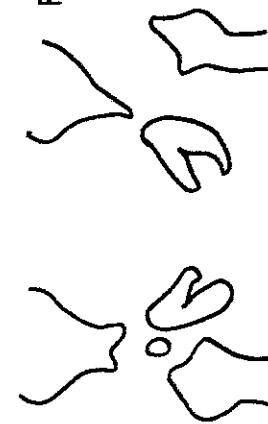
En cuanto al tratamiento se refiere, en general puede decirse que la edad en que el paciente acude al tratamiento influye ampliamente sobre la gravedad de la terapéutica y el pronóstico de sus efectos. Y cuando el tratamiento conservador o cerra-

do fracasa ha de recurrirse al tratamiento abierto. Una premisa importante del tratamiento es la de combatir en todo momento la contractura del músculo psoas ilíaco, que es más importante que la contractura de los aductores.



Displasia, Subluxación y Luxación Congénita de la cadera. En la Displasia (A) existe un retardo o alteración en el desarrollo de la articulación coxofemoral; la radiografía (A') puede mostrar un discreto desplazamiento lateral y superior del extremo proximal del fémur. En la subluxación (B) las superficies articulares están parcialmente en contacto, el fibrocartílago cotiloideo recubre la cabeza femoral; la radiografía (B') muestra desplazamiento lateral de la cabeza femoral, la cual está colocada en el cuadrante inferoexterno. En la luxación (C) hay una completa pérdida de las relaciones coxofemorales; el límbo se encuentra interpuesto entre la cabeza y la cavidad acetabular; la radiografía (C') muestra la cabeza en el cuadrante supeoexterno.

Fig. 1. Esquema radiográfico de una displasia de la cadera izquierda. Tríada radiosintomática de Püttti: cótillo insuficiente, retraso en la apariación del núcleo de osificación de la cabeza del fémur, desplazamiento del extremo proximal del fémur.



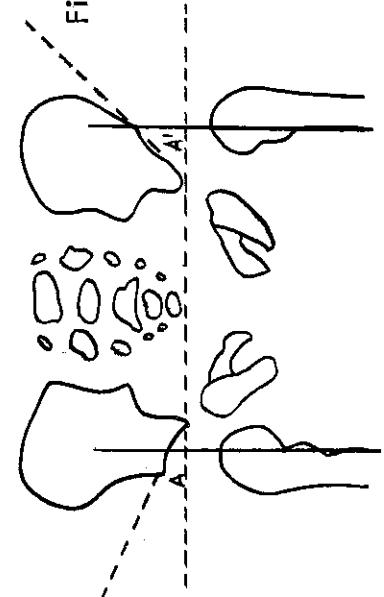


Fig. 2. Esquema radiográfico de la displasia de la cadera.

(1) Aumento del índice acetabular, ángulo A' formado por una línea horizontal que pasa por el centro de los cótilos y una línea oblicua que va del centro del cótilo a su reborde superoexterno.

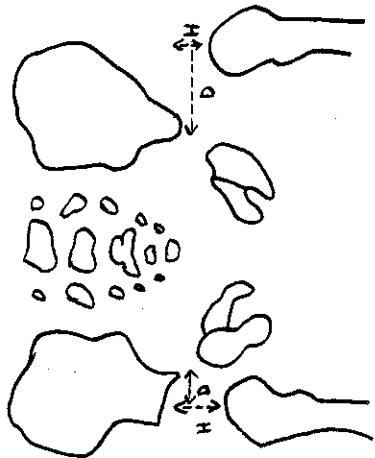


Fig. 3.

(2) Desplazamiento del extremo proximal del fémur: disminución en la distancia H' por el ascenso del fémur, y aumento de la distancia D' por el desplazamiento lateral.

HIPOTESIS

1. En la Luxación Congénita de Cadera, la edad temprana en que se inicia el tratamiento conservador conlleva a buenos resultados?
 - a. La Luxación Congénita de Cadera independientemente de la edad en que se inicie el tratamiento conservador, generalmente demanda tratamiento quirúrgico?
 - b. Con el tratamiento quirúrgico se obtienen buenos resultados?

RESULTADOS

MATERIAL Y METODO

Para realizar este trabajo de tesis se recurrió al Departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt, para la autorización respectiva.

Luego se obtuvieron los registros médicos de los pacientes codificados en este rubro en el Departamento de Estadística del hospital; Asimismo se revisaron los libros de sala de operaciones de la Cirugía Pediátrica a fin de extraer los números de historia clínica de los niños afectados.

Se investigó la edad, sexo y grupo etario más afectados; el tipo de luxación encontrada clínica y radiológicamente, el tratamiento ortopédico instituido, y los resultados obtenidos.

I. TOTAL DE CASOS (1972-1976) 48 casos = 100.00%

II. CASOS SEGUN SEXO:

SEXO FEMENINO:	30	"	=	62.50%
SEXO MASCULINO:	18	"	=	37.50%

III. CASOS SEGUN GRUPO ETNICO:

LADINOS:	48	"	=	100.00%
INDIGENAS:	00	"	=	00.00%

IV. CASOS SEGUN GRUPO ETARIO:

Menos de 1 mes:	1	"	=	2.08%
1 - 6 meses:	5	"	=	10.40%
7 - 12 "	5	"	=	10.40%
1 - 2 años:	17	"	=	35.49%
2 - 3	12	"	=	24.89%
3 - 4	3	"	=	6.24%
4 - 5	2	"	=	4.16%
5 - 6	1	"	=	2.08%
6 - 7	1	"	=	2.08%
7 - 8	0	"	=	0.00%
8 - 9	1	"	=	2.08%

V. CASOS SEGUN MOTIVO DE CONSULTA:

DIFICULTAD PARA INICIAR LA MARCHA:	11 casos = 22.97%
ASIMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES:	10 " = 20.89%
NO REFERIDO EN HISTORIA CLINICA:	8 " = 16.64%
DIFICULTAD PARA LA BIPEDACION:	4 " = 8.32%
COJEA AL CAMINAR:	3 " = 6.24%
ARRASTRA M.I.D. AL CAMINAR:	3 " = 6.24%
REFERIDO POR MEDICO:	3 " = 6.24%
FLACIDEZ DE M.I.I.	2 " = 4.16%
FLACIDEZ DE M.I.D.	2 " = 4.16%
DIFICULTAD PARA SENTARSE:	1 " = 2.08%
PROLAPSO RECTAL:	1 " = 2.08%

VI. CASOS SEGUN TIPO DE DISLOCACION Y SEXO:

SEXO FEMENINO:

LUXACION CONGENITA CADERA IZQUIERDA:	13 " = 43.40%
LUXACION CONGENITA CADERA BILATERAL:	12 " = 40.00%
LUXACION CONGENITA CADERA DERECHA:	5 " = 16.60%
SEXO MASCULINO:	
LUXACION CONGENITA CADERA BILATERAL:	9 " = 50.00%
LUXACION CONGENITA CADERA IZQUIERDA:	6 " = 33.33%
LUXACION CONGENITA CADERA DERECHA:	2 " = 11.11%
SUBLUXACION CONG. CADERA IZQUIERDA:	1 " = 5.56%

VII. DIAGNOSTICO CLINICO:

LUXACION CONGENITA CADERA IZQUIERDA:	20 casos = 41.66%
LUXACION CONGENITA CADERA BILATERAL:	13 " = 27.03%
LUXACION CONGENITA CADERA DERECHA:	6 " = 12.66%
LUXACION CONGENITA CADERA:	4 " = 8.33%
DISPLASIA CONGENITA CADERA:	4 " = 8.33%
SUBLUXACION CONGENITA CADERA:	1 " = 2.08%

VIII. DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:

LUXACION CONGENITA CADERA IZQUIERDA:	16 " = 45.28%
LUXACION CONGENITA CADERA BILATERAL:	12 " = 24.96%
NO HAY NOTA:	10 " = 20.30%
LUXACION CONGENITA CADERA DERECHA:	3 " = 12.24%
DISPLASIA CONGENITA CADERA DERECHA:	2 " = 4.16%
SUBLUXACION CONGENITA CADERA:	2 " = 4.16%
DISPLASIA CONGENITA CADERA DERECHA Y LUXACION CONGENITA CADERA IZQUIERDA:	2 " = 4.16%
LUXACION CONGENITA DE CADERA:	1 " = 2.08%

IX. TRATAMIENTO EFECTUADO:

REDUCCION ABIERTA:	14	CASOS
REDUCCION ABIERTA CADERA IZQUIERDA:	8	"
REDUCCION ABIERTA CADERA DERECHA:	2	"
REDUCCION CERRADA:	23	"
REDUCCION CERRADA CADERA DERECHA:	1	"
REDUCCION CERRADA FALLIDA:	1	"
TENOTOMIA ADUCTORES:	19	"
TENOTOMIA ADUCTORES BILATERAL:	6	"
TENOTOMIA ADUCTORES IZQUIERDOS:	3	"
TENOTOMIA ADUCTORES DERECHOS:	1	"
TENOTOMIA DEL PSOAS ILIACO:	3	"
OSTEOTOMIA SUBROCANTERICA DESROTADORA	9	"
OSTEOTOMIA SUBROCANTERICA DESROTADORA FEMUR IZQUIERDO:	2	"
OSTEOTOMIA BILATERAL:	1	"
OSTEOTOMIA VARIZANTE FEMUR DERECHO:	4	"
OSTEOTOMIA VARIZANTE FEMUR IZQUIERDO	1	"
CORRECCION OSTEOTOMIA FEMUR IZQ.	1	"
CORRECCION RETROVERSION FEMORAL DER.	1	"
ESPICA DE YESO POSICION LORENZ:	45	"
RETIRO MATERIAL OSTEOSINTESIS:	14	"
RESECCION INSERCIÓN SUPERIOR DEL SARTORIO CADERA IZQUIERDA:	1	"
RESECCION DE CAPSULA REDUNDANTE:	1	"
ANTEVERSION FEMORAL BILATERAL:	1	"
ANTEVERSION FEMUR IZQUIERDO:	1	"
LIBERACION ADHERENCIAS ARTICULACION CADERA IZQUIERDA:	1	"
ARTROTOMIA EXPLORADORA:	1	"

OPERACIÓN DE SALTER:
TRACCION DE TILLAUX:
ALMOHADA DE FREJKA:
NO FUE TRATADO:

X. RESUMEN DE TRATAMIENTOS:

1. REDUCCION CERRADA, TENOTOMIA DE ADUCTORES Y ESPICA DE YESO:
2. REDUCCIÓN ABIERTA, OSTEOTOMIA DES ROTADORA, TENOTOMIA ADUCTORES Y ESPICA DE YESO:
3. REDUCCION ABIERTA, OSTEOTOMIA DES ROTADORA, TENOTOMIA ADUCTORES, - ESPICA DE YESO Y TENOTOMIA PSOAS:
4. OPERACION DE SALTER:
5. ALMOHADA DE FREJKA:

4 CASOS

1 "

1 "

3 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

1 "

</div

TIPO DE DISLOCACION SEGUN EDAD Y SEXO

SEXO FEMENINO:

	Menos 1 mes	1-6 meses	7-12 meses	1-2 años	2-3 años	3-4 años	4-5 años	5-6 años	6-7 años	7-8 años	8-9 años
L.C.C. Izq.	1	1	7	3				1			
L.C.C. Bilat.	2	1	5	2	1	1					
L.C.C. Dere.		1	1	3							

SEXO MASCULINO:

	Menos 1 mes	1-6 meses	7-12 meses	1-2 años	2-3 años	3-4 años	4-5 años	5-6 años	6-7 años	7-8 años	8-9 años
L.C.C. Bilat.	1	1	3	2	1				1		
L.C.C. Izq.	1	1		2	1	1					
L.C.C. Der.				1			1				
Sb L.C.C. Izq.		1									

TABLA No. 1

EDAD EN QUE SE INICIO EL TRATAMIENTO CONSERVADOR

0 a 6 meses:	4 casos.
6 a 12 meses:	7 casos.
12 a 24 meses:	11 casos.
24 a 48 meses:	6 casos.
48 a 72 meses:	0 casos.
72 y más:	0 casos.

TABLA No. 2

TIEMPO QUE DURO EL TRATAMIENTO CONSERVADOR

0 a 3 meses:	9 casos.
3 a 6 meses:	9 casos.
6 a 12 meses:	2 casos.
12 a 24 meses:	3 casos.
24 y más:	0 casos.

TABLA No. 3

Número de casos QUE NO TUVO TRATAMIENTO CONSERVADOR PREVIO AL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

24 casos.

(De los cuales no consultaron:

4 casos.

TABLA No. 4

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

Evolución buena:	12 casos.
Evolución mala, que demandó tratamiento quirúrgico:	8 casos.
Casos que no terminaron el tratamiento conservador y no consultaron más:	20 casos.
Resultado satisfactorio (falleció por BN M)	1 caso.
Resultado satisfactorio:	2 casos.

TABLA No. 5

EDAD EN QUE SE INICIO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

0 a 12 meses:	0 casos.
12 a 24 meses:	8 casos.
24 a 48 meses:	13 casos.
48 a 72 meses:	2 casos.
72 y más:	2 casos.

TABLA No. 6

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Evolución buena:	13 casos.
Interrumpieron tratamiento:	22 casos.
Aún en tratamiento:	2 casos.
Resultado malo:	2 casos.
Resultado bueno:	2 casos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- a. De los 48 casos estudiados en total, 22 casos consultaron e iniciaron el tratamiento conservador antes de los 2 años de vida y 6 casos después; pero antes de los 5 años.
- b. La mayoría de casos (18) tuvieron un tratamiento conservador por un período menor de 6 meses y que por los resultados insatisfactorios demandaron tratamiento quirúrgico, a excepción de 2 casos que finalizaron con buen tratamiento. No siendo concluyente lo anterior, dado que 12 casos llevaban buena evolución al abandonar el tratamiento.
- 24 casos al consultar por primera vez, dada su edad o el diagnóstico que se hacía con la ayuda de la arrografía, se les refería sin tratamiento conservador al tratamiento quirúrgico, de los cuales 4 lo abandonaron, y 17 casos se encontraban arriba de los 2 años de vida sin tratamiento conservador previo.
- Además del número de casos que iniciaron tratamiento quirúrgico sin tratamiento conservador previo (20), los 8 casos que con la evolución del tratamiento conservador demandaban tratamiento quirúrgico (8) haciendo un total de 28 casos; 22 casos abandonaron el tratamiento, no consultando más, por lo que no se puede concluir como buen resultado el tratamiento conservador.
- Del total de casos a quienes se les brindó tratamiento quirúrgico, sólo 2 casos concluyeron con buen resultado; y la mayoría se le ignora su condición actual ya que abandonaron el tratamiento, y 2 casos que evolucionaron mal y que abandonaron el tratamiento sin poderseles ofrecer más; y 13 casos llevaban buena evolución los cuales también abandonaron el tratamiento.

CONCLUSIONES

1. En Guatemala el sexo femenino es el más afectado en relación al sexo masculino, por Luxación Congénita de Cadera, del grupo estudiado y tratado en el Hospital Roosevelt.
2. El grupo étnico ladino presenta más esta patología, lo que puede deberse a costumbres tales como que el indígena - transporta a los niños pequeños en perrajes con las caderas en flexión y abducción forzada, así como a colocar en el suelo a los niños y/o por ser niños de menor peso intraútero no adoptando posiciones forzadas.
3. La mayoría de casos (40) consultaron antes de los 3 años de vida; siendo 28 los que consultaron antes de los 2 años de vida; de los cuales 28 iniciaron tratamiento conservador - antes de los 4 años de vida y el resto demandó de una vez el tratamiento quirúrgico, no habiendo sido tratados todos ya que 4 abandonaron sin ningún tratamiento.
4. De los 48 casos estudiados, 45 casos consultaron por problemas que la familia detectó, tales como "dificultad para iniciar la marcha", "asimetría de miembros inferiores en cuanto a longitud"; y SOLO 3 casos fueron referidos por Médico; lo cual indica que si muchos pacientes consultaron en edad tardía es porque a tal edad la familia percibe el problema.
5. Es más frecuente la Luxación Bilateral de Caderas(21 casos). Y de las unilaterales es más frecuente del lado izquierdo que en el derecho (21 contra 7). Hubo 1 caso de Subluxación de Cadera Izquierda.
6. El diagnóstico clínico tiene poco margen de error con la confirmación del diagnóstico radiológico, según puede observarse en los resultados.
7. Tanto en el tratamiento conservador como en el tratamiento quirúrgico se utilizan diversas técnicas, según puede verse en el cuadro IX, no pudiéndose concluir cual de todos da mejores resultados ya que no se realizaron con ese fin, sino que según el problema del paciente en forma independiente, sin estandarizar técnicas y tratando de conseguir con esto un mejor resultado.
8. La idiosincrasia de nuestra sociedad no le permite analizar, conocer y detectar el problema de Luxación congénita de cadera, por lo que la mayoría abandona el tratamiento, no importándole las consecuencias psicosociales que derivarán en un niño anormal, al enfrentarse durante sus diferentes etapas ante la sociedad.
9. Por lo anterior, no puede concluirse en buenos o malos resultados conseguidos con el tratamiento conservador y/o quirúrgico.

RECOMENDACIONES

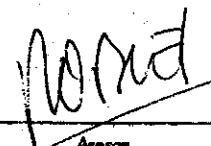
1. Que el Médico General, y más el Pediatra, tenga conocimiento básico; y que el consultar un niño por problema aislado a su cadera, ponga énfasis en el examen clínico de los mismos para así diagnosticar precozmente la luxación congénita de cadera, y por consiguiente iniciar el tratamiento inmediato que conlleve a mejores resultados.
2. Que el Registro médico del paciente con problema de cadera contenga una información amplia tanto del problema como de la evolución clínica, radiológica, así como datos subjetivos que la familia refiera, para así evaluar en mejor forma las conveniencias y contraindicaciones del tratamiento brindado.
3. Que el tratamiento de Luxación de caderas sea brindado al paciente por un equipo médico y paramédico conveniente, y entrenado y consciente del problema, para que así pueda:
a) iniciar un tratamiento precoz,
b) hacer conciencia en la familia de la importancia del seguimiento del paciente por largo tiempo.
c) iniciar tratamiento fisiátrico adecuado a cada caso y su evolución.
d) evitar la emigración de pacientes sin haber concluido tratamiento.
e) registrar bien los pacientes para así puedan ser citados en cualquier momento para examen y análisis de su situación.
4. Que el Departamento de Cirugía Ortopédica Pediátrica cuente con más camas en el Hospital Roosevelt para así evitar la emigración de pacientes que cansados de consultar periódicamente a la Consulta externa para ser ingresados, no encontrando cama libre en múltiples ocasiones; y asimismo evitar que el tiempo transcurra llegándoseles a ofrecer tratamiento a los pacientes, muchos meses más tarde de haberse diagnosticado el problema.
5. Que la sección de Medicina Física y Rehabilitación brinde un tratamiento más regular a los pacientes y no tan eventual como hasta la fecha ha sucedido, y evitar así los malos resultados que se han dado por la contractura que desarrollan las caderas después de inmovilización y/o tratamiento quirúrgico.
6. Se recomienda que en todo paciente, que el tratamiento conservador ha fracasado en un tiempo prudente, que su edad sobrepase el primer año de vida, se le efectúe rutinariamente artrografía para precisar el diagnóstico más exacto y tomar decisiones acertadas en cuanto a tratamiento.
7. Se recomienda efectuar evaluaciones periódicas de los tratamientos realizados en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt, para así contar con documentos propios y actualizados para dirigir el tratamiento a mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferguson Albert B., Jr. Cirugía Ortopédica en la infancia y la adolescencia. Trad. por A. Jornet. 3a. Edición. Editorial Jims. Barcelona, España. 1968.
2. Malagon Castro, Valentín y Roberto Arango Sanin. Texto de Ortopedia Infantil. Talleres Gráficos Iberoamericanos S.A. Barcelona, España. 1967.
3. Maldonado Reyes, Edgar R. Lujación Congénita de la Cadera. Revisión de tratamientos en el Hospital de Ortopedia y Traumatología del IGSS (sección niños). Universidad San Carlos. Guatemala. Fac. CCMM. agosto 1974.
4. Raney, Brashear Sr. Manual de Cirugía Ortopédica. Salvat Editores. Barcelona España. 1974.
5. Webb Elizondo. Henry F. Dislocación congénita de la Cadera, evaluación de tratamientos y resultados obtenidos en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante los años 1965 a 1971. Tesis. Guatemala. Universidad San Carlos. Septiembre 1972.

BR.

JAVIER TUJAB.



Autor.

DR. RAFAEL ROBLES.

Revisor.

DR. CARLOS HACOEN.

Director de Fac. III.

DR. JULIO DE LEON.

Secretario General

DR. MARIANO GUERRERO.

Vo. Bo.

Decano

DR. CARLOS ARMANDO SOTO.