UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISLOCACION CONGENITA DE LA CADERA
TRATAMIENTO QUIRURGICO Y RESULTADOS

Obtenidos en el Departamento de Traumatología Infantil del Hospital General San Juan de Dios de 1970 a 1978.

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JUAN MANUEL DIAZ LOPEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I- Introducción

II- Antecedentes

III- Objetivos

IV- Breve Descripción de la Enfermedad

V- Material y Métodos

VI- Presentación de Resultados

VII- Conclusiones

VIII- Recomendaciones

IX- Bibliografía

INTRODUCCION

La Displasia Congénita de la cadera y la forma más severa a la que puede evolucionar, la Luxación Congénita de la cadera, han sido estudiadas desde hace bastante tiempo, y a pesar de una gran preconización para la detección temprana de dicha enfermedad, aún se sigue observando una gran cantidad de niños que presentan las secuelas secundarias, debido a la falta de tratamiento o tratamiento tardío de la misma.

Con la presente tesis queremos dar a conocer las probabilidades que puede tener un niño, al cual no se le detectó una Displasia Congénita de la Cadera tempranamente, y ahora necesita un tratamiento quirúrgico en la mayoría de casos; principalmente en aquellos niños mayores de 18 meses, que fueron vistos en el departamento de Traumatología Infantil del Hospital General San Juan de Dios durante los años 1970 a 1978 inclusive.

ANTECEDENTES

Desde tiempos de Hipócrates, se conoce la Displasia de la Cadera y fue este uno de los primeros en describir esta malformación, la cual traía serios defectos para la marcha. En 1743 Andry le atribuye a esta enfermedad un probable factor hereditario; y Paletta en 1788 trata de demostrar que esta enfermedad no se forma durante el parto, si no que es el resultado de una malformación ya existente.

El cuadro clínico y la patogenia de la enfermedad fue descrita primariamente y ampliamente por Dupuytren en 1826; hace notar que la malformaciones de la cadera no se acompañan necesariamente de luxación. Putti en 1929, establece que los resultados del tratamiento de la luxación Congénita de la Cadera pueden ser mejores, si el diagnóstico y tratamiento son precoces.

Froelich (1911) y LeDamani en 1912, describen un signo clínico para diagnóstico de la Luxación Congénita de la cadera, pero no es sino hasta 1937en que Ortolani lo hace popular. Barlow en una publicación en 1962 describe el signo que lleva su nombre, el cual es importante para el diagnóstico de la cadera - inestable.

Sobre trabajos efectuados a nivel nacional sobre este tema, podemos mencionar, los trabajos de tesis de: Francisco Alvarez en 1956 en la cual destaca la importancia del tratamiento conservador; Juan Rodríguez, (1961) en la que hace ciertas consideraciones estadísticas del problema de la Luxación Congénita de la Cadera en Guatemala; Henry Webb (1972), hace una revisión del tratamiento y sus resultados obtenidos en el Hospital Roosevelt de 1965 a 1971. Edgar Maldonado (1974), efectúa un estudio similar; Joaquín Goubaud en 1975, efectúa un trabajo en el

que nos muestra la importancia de la artrografía, para evaluar los componentes cartilaginosos y partes blandas de la articulación Coxo Femoral en la patogenia de la Dislocación Congénita de la Cadera. Francisco Tubaj (1977) continúa el trabajo de Webb en el Hospital Roosevelt de los años 1972 a 1976. Antonio Rosales (1978) muestra los resultados obtenidos con la almohada de frejka en el tratamiento de la luxación congénita de la Cadera, en el primer año de edad. En este mismo año Carlos Vides, nos muestra la importancia del diagnóstico radiológico en la luxación congénita de la cadera. Javier Bolaños en 1979, nos muestra la incidencia y los resultados del tratamiento de la luxación congénita de la cadera en 10 años, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del I.G.S.S.

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de pacientes con Luxación Congénita de la Cadera que necesitan tratamiento quirúrgico.

2. Que se conozca las complicaciones y resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico.

3. Conocer la edad en la que el paciente consulta, se le diagnóstica y la causa por la que consulta.

4. Saber cual es la técnica quirúrgica más empleada y su eficacia.

5. Dar recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

BREVE DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

La Luxación de la Cadera es una enfermedad ya conocida desde tiempos de Hipócrates, y es en la actualidad una de las malformaciones ortopédicas más frecuentes, y un defecto grave e incapacitante. Por lo que se ha difundido últimamente la importancia que tiene el diagnóstico temprano para esta afección, asimismo como el tratamiento, para un mejor pronóstico. Conducta que se está llevando a cabo, como lo demuestran muchas publicaciones y estudios, en el que se observa que el número de Recién Nacidos con Displasia Congénita de la Cadera ha aumentado, mientras que el número de pacientes con Luxación Congénita de La Cadera ha disminuido (4).

ETIOLOGIA:

Desde hace mucho tiempo se le ha atribuido a esta enfermedad un factor hereditario (Ambrosio Paré; Andry 1743), observando en la actualidad que hay razas más susceptibles; Italia 4.6 por 1,000 habitantes (Scaglietti); Francia 3 por 1,000 habitantes (le Damanny); casi desconocida en China, muy rara en la raza negra y entre nuestra raza indígena (15).

Es más frecuente en el sexo femenino, con un predominio sobre el masculino que se expresa, según diferentes autores, en las siguientes proporciones: 5 a 1 (13), 8 a 1 4 a 1, 2.5 a 1, por otros. Cuando afecta en una familia al varón, por lo general su forma clínica es más severa (13). La forma unilateral es más frecuente que la bilateral, siendo el lado izquierdo el doble que el derecho.

Al parto de nalgas se le ha relacionado con la etiología de la displasia, reportando una incidencia de 20.2% (11); 25%

(Wilkinson); 42% (Muller y Seddon) entre otros. Otra causa pudiera ser las posiciones anormales que guarde el feto en el útero; así como el hecho de que en muchas regiones se faje a los niños de los pies hasta la pelvis (14). Hecho contrario a esto último, es que se creé que la incidencia de Displasia Congénita de la Cadera en muchas regiones se debe al hecho de cargar a los niños en perrajes con la cadera en flexión y abducción; y al hecho de menos peso del niño intrauterino no adoptando posiciones forzadas (20).

Se ha notado también que la displasia Congénita de la Cadera se asocia, en muchas oportunidades, con otras anomalías congénitas, Pie Zambo, Miopatías, Sindactilia, Displasia o cuadriplegia espástica, entre otras.

PATOGENIA:

Se han descrito 2 tipos de anomalías: La Embrionaria, grave, que es una malformación de la articulación, la cual ocurre como consecuencia de un factor genético, asociándose a otras anomalías. La Fetal, que es una deformidad de la articulación - coxo femoral, la cual ocurre cuando ésta, se está formando o está formada; es debida a muchos factores (hipertonia uterina,etc.). Dándonos los verdaderos casos de displasia y subluxación, las cuales sino se tratan nos darán una verdadera luxación.

ANATOMIA PATOLOGICA:

La Displasia Congénita de la Cadera es una alteración regional congénita que afecta en grado variable a cada uno de los elementos que la forman la articulación coxofemoral y a aquellos que la movilizan; y son diferentes según se trate de Recién Nacidos, Lactantes, Niños, Jóvenes, Adultos o Ancianos.

Las alteraciones ocurren, a nivel Oseo (Acetábulo, Cabeza femoral y cuello) y en las partes Blandas (Cartílago, Cápsula, Ligamentos y Músculos).

EL ACETABULO, el cual se vuelve menos profundo que lo normal, de forma no circular, sino oval, más bien piriforme y la orientación del mismo se vuelve menos oblícua mirando más hacia afuera que hacia abajo y adelante. Al nacimiento la única lesión aparente es una endidura en la parte postero superior.

LA CABEZA FEMORAL: al principio es normal, aún que su osificación está a menudo retardada, existiendo una acentuada incongruencia entre el tamaño de la cabeza femoral cartilaginosa y el acetábulo de tamaño reducido. Posteriormente se vuelve pequeña, atrófica y aplanada en su cara interna y posterior, siendo tan acentuada en muchos casos que prácticamente no existe cabeza.

CUELLO DEL FEMUR, está muy acortado pareciendo más grueso, su ángulo de inclinación puede hallarse aumentado (Coxa Valga) o disminuido (Coxa-Vara).

LA CAPSULA, sostiene la cabeza femoral luxada, se hipertrofia y se alarga, convirtiéndose en un ligamento suspensorio para la pelvis, y a veces soporta la mayor parte del peso.

EL LIGAMENTO REDONDO, se alarga, se hipertrofia o desaparece por aplasia congénita o laceración secundaria.

Los músculos los podemos agrupar en tres grupos:

GRUPO PELVIFEMORAL (aductores, flexores del muslo, recto interno, sartorio, tensor de la fasia lata, pectíneo y recto anterior) los cuales por migración de la cabeza femoral hacia arriba

se acortan.

GRUPO PELVITROCANTERICO (obturadores, cuadrado femoral, y tendón del psoas) se hallan alargados y en tensión siendo incompetentes. El tendón del psoas está desplazado hacia afuera, rodea la cápsula y actúa como ligamento suspensorio que soporta el peso del cuerpo.

GRUPO GLUTEO: estos muestran pocas lesiones, pero como no poseen su fulcro, está considerablemente disminuida su fuerza; y por el desplazamiento de la cabeza conduce a una alteración de su eje de movimiento.

DIAGNOSTICO:

1- De Displasia en el Recién Nacido.

A. Signos de Probabilidad:

a- Acumulación intrafamiliar

b- Existencia de otras malformaciones: pie zambo, tortícolis, escoliosis, miopatias, etc.

c- Asimetría de la región coxofemoral: aumento de los pliegues y contornos glúteos y del muslo, elevación del trocanter, diferencias en la longitud de las extremidades inferiores.

B. Signos Específicos:

a- Limitación de la abducción, en flexión y extensión del muslo; aumento de la rotación interna, y rotación externa.

b- Fenómeno de Chasquido, de Ortolani. Puesto el niño en decúbito dorsal el examinador flexiona con una mano el muslo del lado sano, para fijar la pelvis y con la otra abarca la rodilla y muslo del lado sospechoso, apoyando los últimos cuatro dedos sobre el trocanter y el pulgar por debajo del pliegue inguinal. Haciendo presión con el pulgar y rotación externa con los restantes dedos se intenta luxar la cabeza femoral por encima del borde posterior del acetábulo para después ponerla por abducción. Al saltar el cotilo se produce un chasquido (Clik), perceptible por palpación y audición. Se dice entonces que la prueba de Ortolani es positiva, o que hay signo de Ortolani. El chasquido se presenta en las primeras semanas, pero desaparece más tarde. Es típico de la predisposición a la Luxación.

c- Signo de Barlow, comprende dos partes: 1- El niño estar sobre la espalda con las piernas dirigidas hacia el examinador. Se flexionan las caderas a 90° y las rodillas a 120°. El dedo medio de cada mano se coloca sobre el trocánter mayor, el pulgar correspondiente, sobre el trocánter menor en la cara interna del muslo. Se llevan las caderas a una posición de abducción moderada y se ejerce presión sobre el trocánter mediante el dedo medio de cada mano, primero al lado derecho y luego al lado opuesto, mientras que la otra mano sostiene en forma estable la pelvis. Si la cabeza femoral se moviliza hacia adelante, hacia el acetábulo, se supone que previamente estaba luxada.- 2- La segunda parte de la prueba consiste en hacer presión hacia atrás y afuera con el dedo pul-

gar dispuesto como ya se dijo, sobre la cara interna del muslo; si se logra desplazar la cabeza fuera del acetábulo y ésta vuelve a su sitio original una vez que la presión ha cesado, se dice que la cadera es luxable, pero no que estaba luxada. En casos de duda dice el autor, se investigue la estabilidad de cada articulación sosteniendo firmemente la pelvis entre el pulgar que se dispone el pubis y el resto de los dedos que se apoyan sobre el sacro.

d- Examen Radiográfico: La proyección más adecuada es la antero posterior, en la cual el rayo central, se dirige al borde superior de la sínfisis pubiana y el paciente con las piernas en aducción - neutra. Los signos más importantes son:

da. Angulo acetábular: valor medio 28°; por encima de 35° siempre es patológico.

db. Elevación del trocánter: altura diafisiaria (h) o distancia entre el polo diafisiario superior y linia de Hilgenriner. Normalmente esta distancia mide 8-10 mm.; cuando es inferior a 5-6 mm. se considera patológica.

dc. Distancia diafisiaria (d) o distancia entre la punta interna del cuello femoral y el isquión. Por término medio mide de 4 a 5 mm.; por encima de 7.5 mm. es patológico.

dd. Retardo del desarrollo (sincondrosis isquiopúbica difusa, etc.).

Radiografía antero-posterior de Rosen. Muslos en abducción completa e intensa rotación interna. Normalmente la prolongación hacia arriba del eje femoral corta el techo acetábular o el reborde cotiloideo formando con el eje sagital un ángulo de 45°, precisamente a nivel de L_4. Cuando hay luxación o subluxación la prolongación del eje femoral es tangente a la ceja cotiloidea o la deja por fuera; el ángulo formado con el eje sagital es de 40° o menos y la línea axodiafisiaria incide en la columna lumbar por encima de L_3.

El diagnóstico de la Displasia y propensión a la Luxación solo puede ser emitida a titulo de probabilidad cuando existe uno o varios signos específicos.

2- De la Displasia, Subluxación o Luxación en los lactantes o niños pequeños.

a. Todo niño sano que a los 10 meses no se sostiene en - pie o que a los 13-14 meses todavía no anda, deben despertar sospechas de padecer Displasia, Subluxación o Luxación.

b. Signos Clínicos: asimetría de los pliegues cutáneos, pliegues glúteos, lordosis lumbar (más evidente en casos bilaterales) y del grado de movilidad de ambas caderas, antetorsión acentuada, ligera clausicación, signo de Trendelemburg positivo y en caso de luxación, marcha Bamboleante o de pato.

c. Signos Radiográficos: acetábulo plano, ángulo acetábular aumentado, ángulo CE (Centro-Externo del acetábulo: de Wiberg) disminuido, supraelevación de la cabeza femoral (núcleo de osificación epifisiario por

encima de la línea de Helgenreiner), ruptura del arco de Shenton-Ménard, valores anómalos de la altura y distancia diafisiaria, acusado retardo de desarrollo de la cadera afectada (aparición tardía del núcleo cefálico y distancia exagerada entre los pubis) y aumento de la antetorción (en proyección de una Coxa-Valga).

d. Artrografía. Debe efectuarse antes de decidir la terapéutica quirúrgica y también, después de la misma para comprobar los resultados. Informa sobre el estado de la cavidad intraarticular y permite distinguir la subluxación alta de la luxación (Interposición cotiloidea o estrechamiento del itsmo capsular, hipoplasia y distención del ligamento redondo, engrosamiento de las partes blandas en el transfondo acetabular y adherencias entre cápsula y cabeza femoral).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. COXA VARA: En este caso, la cogera es pocointensa, la cabeza femoral no es palpable en posición normal - ni existe "telescopaje". El acortamiento es constante y el aspecto radiográfico bastante característico.

2. LUXACION PATOLOGICA: Existe el antecedente de un traumatismo, además de los síntomas agudos, así como la falta de deformidad en la articulación, con la excepción de ver la cabeza femoral fuera de su sitio.

3. LUXACION POR PARALISIS: La Poliomielitis, la simula por la marcha oscilante y el acortamiento del miembro; diferenciándose por la atrofia de los músculos glúteos, del muslo o de todo el miembro inferior, -

además por la reducción sin esfuerzo; los rayos "X" muestran atrofia del femur aumento delángulo de inclinación y techo cotiloideo normal.

4. ARTRITIS SEPTICA: a nivel de la articulación, ocasiona daño a la cabeza femoral, puede dar una luxación la cual se diferencia por los antecedentes, la mutilación de la cabeza o ausencia del núcleo de osificación.

5. PARALISIS CEREBRAL.

PRONOSTICO

De modo unánime se insiste, en que la displasia de la cadera diagnosticada precozmente y sometida a tratamientos temprano mejoran de manera satisfactoria (2,10,13,17,23).

En general, dependen los resultados de la edad de la primera consulta del paciente, el grado de la displasia del acetábulo, de la gravedad de la subluxación, si existe luxación y si es unilateral o bilateral. El tratamiento en la mayoría de casos luego del año y medio de edad es quirúrgico, siendo menor el porcentaje de buenos resultados; y luego de los 5 años de edad el pronóstico es incierto y las complicaciones son mayores (11). También es posible que un paciente tratado de displasia o luxación de la cadera, ya sea por métodos ortopédico o quirúrgico necesite operaciones complementarias a lo largo de su desarrollo para corregir algunas secuelas. También es posible que algunos lleguen a la edad adulta con fenómenos de artrosis. El factor ecológico y socioeconómico influye en el pronóstico, ya que se ha visto la desaparición de caderas luxadas sin tratamiento en niños mayores de 6 meses, en los sectores altos de la sociedad; aumentando en

la clase socioeconômicamente baja, carente de recursos médicos apropiados, cuya edad promedio de consulta es de 24 meses (11).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Displasia de la cadera debe iniciarse tan pronto como sea posible. En esta forma se aprovecha el potencial plástico que tiene la articulación en los primeros meses de vida y se evita su involución y su hipoplasia. El tipo de tratamiento difiere en forma individual de acuerdo con el tipo de lesión.

El tratamiento en los casos de Displasia o Subluxación es el siguiente: En los niños menores de 3 meses con displasia simple, la simple adición de pañales que mantenga las caderas en abducción, puede ser suficiente; por encima de esta edad se usa la almohada de Frejka. Pudiendo corregirse a menudo en 3 a cuatro meses. Si el paciente se ve luego que ha empezado a caminar, se puede usar la ferula de Ponseti que mantiene la cadera en abducción y rotación interna. Pero si el acetábulo permanece displásico luego de 3 a 6 meses de tratamiento se indica Osteotomía del hueso Innominado o Acetabuloplastía.

El tratamiento sugerido para la Luxación congénita de la Cadera por Cambell en los primeros años de vida, según la edad, efectividad o no del tratamiento y los defectos que puedan surgir, es el siguiente:

LACTANTE (menor de 6 meses), almohada de Frejka por un término de 2 meses, la cual si tiene éxito, no se dará otro tratamiento, pero si a los 8 meses de edad no se ha logrado reducirla, se efectuará una reducción cerrada e inmovilización con aparato de yeso. Si la misma tiene éxito y no hay ningún defecto, no se dará otro tratamiento; pero si persiste algún defecto anatómico con subluxación o residiva de la luxación se indicará si es: Acetábulo defectuoso, Osteotomía Innominada; Desproporción del tamaño de la cabeza y del acetábulo, Acetabuloplastía; Excesiva Anteversión, Osteotomía Desrotadora.

Ahora si la reducción cerrada fracasara se efectuará una artrografía y dependiendo del resultado de la misma se indicará; Reducción a Cielo Abierto y limpieza del acetábulo; Por encima de los 3 años o si el acetábulo es displásico, Acetabuloplastía u Ostotomía Innominada; por encima de los 35° de anteversión, Osteotomía Desrotadora.

NIÑOS DE 6 a 12 meses, se efectuará reducción cerrada e inmovilización con aparato de yeso, y dependiendo de los resultados obtenidos se procederá según lo indicado anteriormente.

DE 12 MESES A 3 AÑOS, se iniciará con tracción esquelética, hasta que la cabeza femoral descienda por debajo del nivel de la mitad del acetábulo, para luego efectuar la Reducción Cerrada, procediendo luego según el resultado.

DE 3 A 7 AÑOS, se iniciará con tracción esquelética y luego se procederá con el tratamiento quirúrgico de elección según el defecto (Osteotomía Innominada, Reducción a Cielo Abierto, Acetabuloplastía, Osteotomía Desrotadora).

Las edades límites a las que se podrán aplicar las diferentes técnicas son: para;

Reducción Cerrada: 6 meses a 3 años en casos especiales hasta 8 años.

Artrografía: de 6 meses a 4 años en casos especiales hasta 8 años.

Tracción Esquelética: 1 año a 8 años 6 meses, casos especiales hasta 10 años.

Reducción a cielo Abierto: de 2 a 7 años, casos especiales desde el año hasta los 10 años.

Acetabuloplastía: 1 año 6 meses a 20 años, casos especiales desde el año hasta los 25 años.

Osteotomía Innominada: Igual que en la anterior.

Osteotomía desrotatoria: 1 año 6 meses a 15 años, en casos especiales hasta más de 30 años de edad.

Reconstrucción de Colonna

Unilateral: de 3 a 10 años.
Bilateral: de 3 a 7 años.

MATERIAL Y METODOS

1- RECURSOS HUMANOS:

a. Dr. Mario Alfonso Gaitán. Asesor.
b. Dr. Antonio Berríos C. Revisor.
c. Personal del departamento de Estadística y Registro Médico del hospital General "San Juan de Dios".

2- RECURSOS FISICOS:

a. Sección de estadística y archivo del hospital
b. Hoja de recolección de datos.
c. Ficha clínica de pacientes a los que se les efectuó corrección quirúrgica de Luxación congénita de la Cadera, de 1970 a 1978, inclusive.
d. Utiles de escritorio.
e. Hoja de tabulación de datos.
f. Bibliografía.

3- METODOLOGIA

Se hizo revisión de 93 fichas clínicas de pacientes - que con diagnóstico de Luxación Congénita de la Cadera, ingresaron a la sala de Operaciones del departamento de Pediatría, de 1970 a 1978 inclusive. De estas fichas se escogieron, a aquellos pacientes que se les haya efectuado una intervención quirúrgica, descartando a aquellos que se les haya efectuado reducción cerrada bajo anestesia general.

A las fichas así escogidas, se les recopiló los siguientes datos: Datos Generales (Edad, Sexo, Procedencia y

Nombre), Motivo de Consulta, Signos y Síntomas de la Enfermedad (LCC), Diagnóstico de Ingreso, Rayos X y su Diagnóstico; Tratamiento efectuado (Conservador, Quirúrgico), Complicaciones post-operatorias, Resultados del Tratamiento, Evolución, Tiempo de Hospitalización, Tipo y atención del Parto, Reingresos.

PRESENTACION DE DATOS

Los datos presentados a continuación, es sobre un total de 33 pacientes que ingresaron a sala de operaciones, para que se les efectuara algún tipo de tratamiento de la Dislocación Congénita de la Cadera.

1.- Edad en que se hizo la primera consulta:

0 - 6 meses	1	3.03%
7 - 12 meses	4	12.12%
13 - 18 meses	2	6.06%
19 - 24 meses	5	15.15%
2 - 3 años	6	18.18%
3 - 4 años	4	12.12%
4 - 5 años	1	3.03%
5 - 6 años	3	9.09%
6 - 7 años	2	6.06%
7 - 8 años	1	3.03%
8 - 9 años	1	3.03%
9 - 10 años	1	3.03%
10 - 11 años	2	6.06%
TOTAL	33	100.00%

2.- SEXO

MASCULINO:	7	21.21%
FEMENINO	26	78.79%
TOTAL	33	100.00%

La relación de sexo Femenino a Masculino es de 3.71 a 1.

3.- Atención recibida durante el nacimiento:

Hospitalario	22	66.66%
En Casa	10	30.30%
No aparece en Hist.	1	3.03%
TOTAL	33	100.00%

4.- Parto:

Eutocico simple	29	87.87%
Cesárea	2	6.06%
Forceps	1	3.03%
Gemelar	1	3.03%
TOTAL	33	100.00%

5.- Motivo de Consulta:

COJEA AL CAMINAR	13	39.39%
ASIMETRIA DE Ms. Ins.	13	39.39%
REFERIDO POR MEDICO	4	12.12%
SE CAE CON FRECUENCIA	1	3.03%
DOLOR A LA MARCHA	1	3.03%
NO FIGURA EN HISTORIA	1	3.03%
TOTAL	33	100.00%

6.- Signos y Síntomas:

ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO INFERIOR

IZQUIERDO	10	19.23%
DERECHO	8	15.38%
TOTAL	18	34.62%

CLAUDICACION DURANTE LA MARCHA

IZQUIERDO	5	9.62%
DERECHO	3	5.77%
BILATERAL	4	7.69%
TOTAL	12	23.08%

ASIMETRIA PLIEGUE GLUTEO

IZQUIERDO	3	5.77%
DERECHO	3	5.77%
	6	11.54%

NO FIGURAN EN HISTORIA

	6	11.54%

SIGNO DE ORTOLANI

IZQUIERDO	2	3.85%
DERECHO	2	3.85%
BILATERAL	1	1.92%
TOTAL	5	9.62%

SIGNO DE TRENDELEMBURG POSITIVO

DERECHO	2	3.85%
BILATERAL	1	1.92%
TOTAL	3	5.77%

SIGNO DE TELESCOPAJE

IZQUIERDO	1	1.92%
DERECHO	1	1.92%
TOTAL	2	3.85%

7.- Diagnóstico de Ingreso:

LUXACION CONGENITA DE LA CADERA IZQUIERDA.	18	54.55%
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA DERECHA.	8	24.24%
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA BILATERAL.	6	18.18%
DISPLASIA CONGENITA DE LA CADERA BILATERAL.	1	3.03%
	33	100.00%

De los diagnósticos anteriores, solamente uno cambió al dar le egreso al paciente, y fue una LCC Izq. a una LCC Bil.

8.- Diagnóstico Radiológico:

LUXACION CONGENITA DE CADERA IZQUIERDA	7	21.21%
LUXACION CONGENITA DE CADERA DERECHA	4	12.12%
LUXACION CONGENITA DE CADERA BILATERAL	4	12.12%
DISPLASIA CONGENITA DE CADERA IZQUIERDA	3	9.09%
DISPLASIA CONGENITA DE CADERA DERECHA	1	3.03%
NO HAY DIAGNOSTICO RADIOLOGICO	14	42.42%
	33	100.00%

9.- Tratamiento Recibido:

TENOTOMIA Y REDUCCION CERRADA

IZQUIERDO	9	27.27%
DERECHO	7	21.21%
BILATERAL	2	6.06%
TOTAL:	18	54.54%

OSTEOTOMIA DESROTADORA SUBTROCANTERICA DEL FEMUR

IZQUIERDO	1	3.03%
DERECHO	1	3.03%
BILATERAL	2	6.06%
TOTAL:	4	12.12%

OSTEOTOMIA INNOMINADA TECNICA DE SALTER

IZQUIERDO	2	6.06%
DERECHO	1	3.03%
TOTAL:	3	9.09%

REDUCCION ABIERTA: CAPSULOTOMIA

IZQUIERDO	2	6.06%

ACETABULOPLASTIA TECNICA DE PEMBERTON

IZQUIERDO	1	3.03%

CAPSULOTOMIA Y OSTEOTOMIA DESROTADORA

IZQUIERDO	1	3.03%

OSTEOTOMIA TECNICA DE CRUZ DERQUI

IZQUIERDO	1	3.03%

TENOTOMIA BILATERAL Y ACETABULOPLASTIA

DERECHO	1	3.03%

TENOTOMIA BILATERAL, CAPSULOTOMIA IZQUIERDA Y ACETABULOPLASTIA BILATERAL

	1	3.03%

TENOTOMIA Y OSTEOTOMIA IZQUIERDA; REDUCCION CRUENTA DERECHA

	1	3.03%

Previo al tratamiento se utilizó tracción de Tillaux en 18 pacientes (54.54%), con un promedio de 8.55 días por paciente.

Complicaciones post-operatorias, solo se reportaron en 4 pacientes, las cuales fueron: Infección de la Herida Operatoria en 2 casos; Fractura Diafisiaria del femur post-reducción un caso y hemorragia en el otro.

10.- Tiempo de permanencia y posición del enyesado.

En todos los casos estudiados, luego del tratamiento ya indicado se procedía a colocar aparato de yeso (spika), para mantener la reducción.

La posición de la spika, dependía de cada caso o el tipo de tratamiento. La spika utilizada se cambió en la mayoría de casos más de una vez, ya sea para cambiar de posición, renovarla por deterioro, o por no haberse hecho una buena reducción. Los resultados obtenidos son los siguientes:

SE UTILIZO SOLAMENTE 1 ENYESADO	13	39.39%
SE UTILIZARON 2 ENYESADOS	12	36.36%
SE UTILIZARON 3 ENYESADOS	7	21.21%
SE UTILIZARON 4 ENYESADOS	1	3.03%

POSICION #1 DE LORENZ, SE UTILIZO 11 VECES		17.76%
POSICION #2 DE LORENZ,	4	6.47%
POSICION PELVI-PEDICA,	2	3.38%

EL TIEMPO PROMEDIO EN QUE PERMANECIA CADA ENYESADO, ES DE 3 MESES, PARA LAS 45 SPIKAS EN QUE SE ENCONTRO EL TIEMPO DE PERMANENCIA DEL ENYESADO.

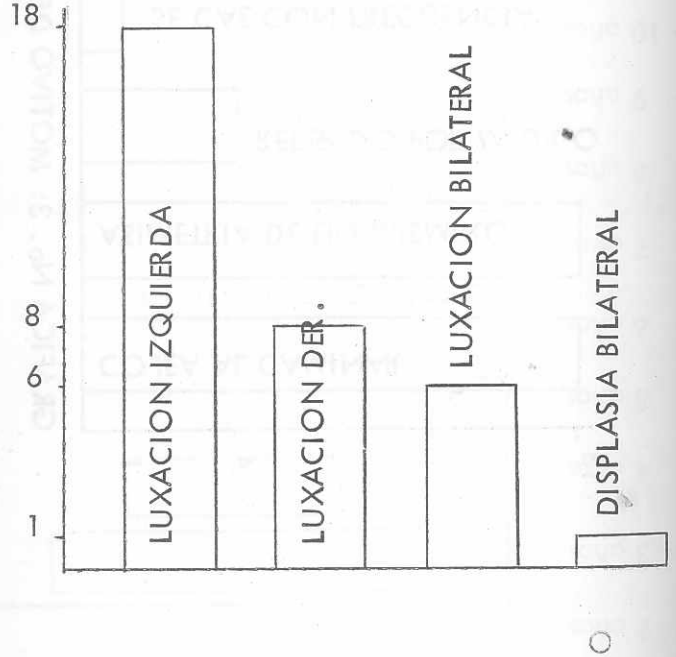
11.- Resultados del tratamiento.

EVOLUCION SATISFACTORIA	7	21.21%
CADERA ESTABLE	4	12.12%
MAYOR LONGITUD DE UN MIEMBRO	3	9.09%
MOVILIDAD DE LA CADERA DISMINUIDA	2	6.06%
ABDUCCION DE LA CADERA DISMINUIDA	1	3.03%
PERSISTE CLAUDICACION	1	3.03%
PERSISTENCIA DE LUXACION	1	3.03%
NO HAY NOTAS DE EVOLUCION	14	42.42%
	33	100.00%

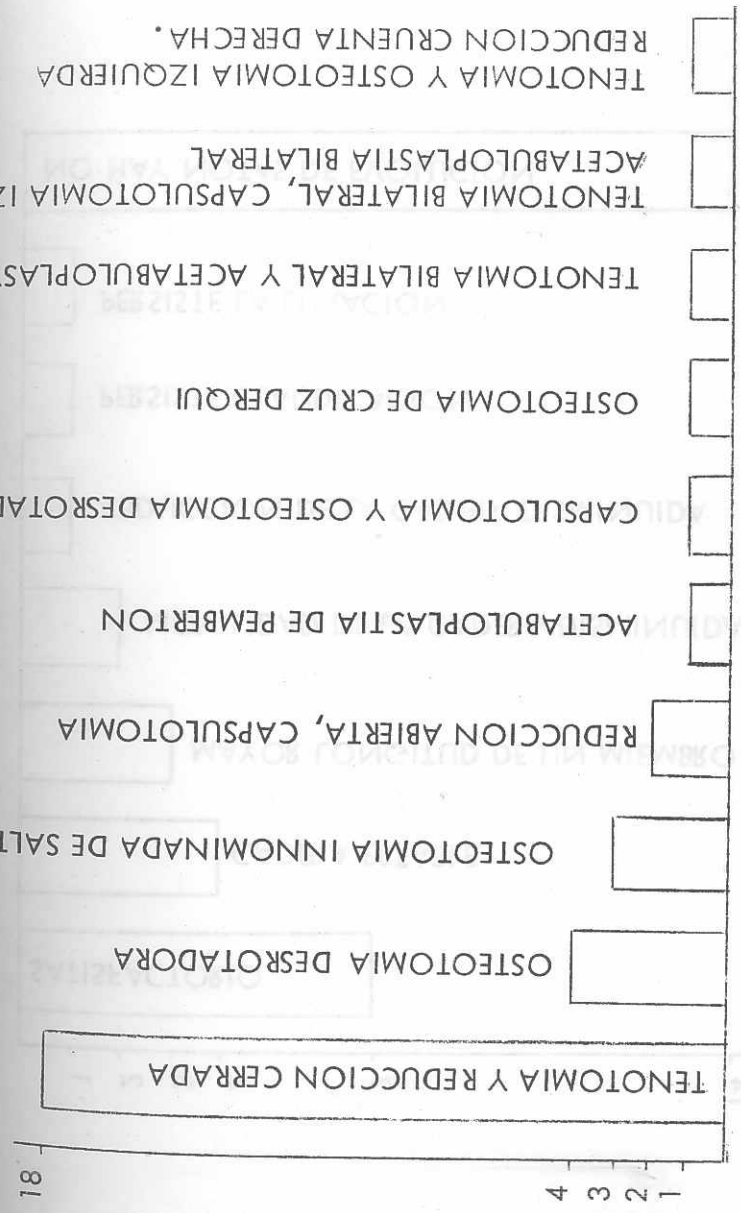
GRAFICA No. 1: EDAD DE PRIMERA CONSULTA

GRAFICA No. 2
SEXO

GRAFICA No. 3: MOTIVO DE CONSULTA



GRAFICA No. 4: DIAGNOSTICOS DE INGRESO



GRAFICA No. 5: TRATAMIENTO RECIBIDO

GRAFICA No. 6: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

GRAFICA No. 7: NUMERO DE ENYESADOS PARA CADA CASO

GRAFICA No. 8: TIPO DE ENYESADO UTILIZADO

GRAFICA No. 8: TIPO DE ENYESADO UTILIZADO

GRAFICA No. 7: NUMERO DE ENYESADOS PARA CADA CASO

CONCLUSIONES

1. Se revisaron 33 casos con dislocación congénita de la cadera, entre los años 1970 a 1978 en el Hospital General San Juan de Dios.

2. En la mayoría de casos (18), la primera consulta se efectuó antes de los 3 años de edad.

3. El sexo femenino es el más afectado, con una preponderancia sobre el masculino, en relación de 3.71 a 1.

4. La atención recibida durante el nacimiento, fue hospitalaria en un 66.66%. Lo que implicaría un alto porcentaje de diagnóstico en el recién nacido, pero no fue así, ya que solo en un caso se detectó y fue fuera del país. Esto indica la falta de un buen examen de la cadera en el recién nacido, en nuestro medio.

5. No se encontró relación entre el tipo de parto y el aparecimiento de displasia.

6. En 28 de los casos, se debió el motivo de la consulta a problemas que presentaba el niño durante lo marcha, y que fueron detectados por la familia, entre los que sobresalen la cojera 39.39% y la asimetría de miembros inferiores 39.39%. Solamente cuatro casos fueron referidos por médicos.

7. Con respecto a los signos clínicos durante el examen físico, este último era muy deficiente, en lo que se refiere a la evaluación de la cadera y los datos que proporcionó, eran escasos. Acortamiento de miembro inferior 18 casos, Claudicación 12 casos, Asimetría pliegue glúteo 6 casos, signo

CONCLUSIONES

1. Se revisaron 33 casos con dislocación congénita de la cadera, entre los años 1970 a 1978 en el Hospital General San Juan de Dios.

2. En la mayoría de casos (18), la primera consulta se efectuó antes de los 3 años de edad.

3. El sexo femenino es el más afectado, con una preponderancia sobre el masculino, en relación de 3.71 a 1.

4. La atención recibida durante el nacimiento, fue hospitalaria en un 66.66%. Lo que implicaría un alto porcentaje de diagnóstico en el recién nacido, pero no fue así, ya que solo en un caso se detectó y fue fuera del país. Esto indica la falta de un buen examen de la cadera en el recién nacido, en nuestro medio.

5. No se encontró relación entre el tipo de parto y el aparecimiento de displasia.

6. En 28 de los casos, se debió el motivo de la consulta a problemas que presentaba el niño durante lo marcha, y que fueron detectados por la familia, entre los que sobresalen la cojera 39.39% y la asimetría de miembros inferiores 39.39%. Solamente cuatro casos fueron referidos por médicos.

7. Con respecto a los signos clínicos durante el examen físico, este último era muy deficiente, en lo que se refiere a la evaluación de la cadera y los datos que proporcionó, eran escasos. Acortamiento de miembro inferior 18 casos, Claudicación 12 casos, Asimetría pliegue glúteo 6 casos, signo

de Ortolani 5 casos, Trendelemburg 3 casos y Telescopaje 2.

8. La luxación congénita Izquierda fue la más frecuente, con una relación 2.25 a 1 sobre el lado derecho y de 2.5 sobre el bilateral.

9. La tenotomía de aductores y Reducción Cerrada, fue el tipo de tratamiento más utilizado (18 casos), 14 casos en menores de 3 años con resultado satisfactorio, en 6 de ellos y uno de cadera estable; en uno persistió la Luxación y en el resto de los casos no se encontraron resultados.

10. La Osteotomía Subtrocanterica, fue aplicada en 4 casos todos, mayores de 4 años; 2 de 11 años, 1 de 7 años y 1 de 4 años. Los resultados obtenidos fueron aceptables en 2 casos disminuyendo la claudicación; en otro únicamente hubo un leve acortamiento del miembro inferior y en el otro no se obtuvieron datos al respecto.

11. La Osteotomía Innominada de Salter, fue utilizada en 3 casos, dando un buen techo acetábular en 2, y persistencia de la Luxación en uno. La movilidad de la cadera en uno de los casos está disminuida a solo 20°. La edad fue de 8 años, 10 años y 7 años respectivamente.

12. En los 2 casos de Capsulotomía, los resultados obtenidos son: abducción limitada y claudicación en uno de los casos; en el otro no se encontró resultados. Las edades de los pacientes son de 5 y 6 años.

13. La acetabuloplastía de Pemberton, fue el tratamiento para un niño de 8 años 11 meses, obteniendo un resultado satisfactorio únicamente presentó un acortamiento de 1 cm. en

el miembro inferior izquierdo.

14. Capsulotomía y Osteotomía desrotadora, en un niño de 5 años 8 meses, los resultados no fueron muy satisfactorios, el caso aún se encuentra abierto.

15. La Osteotomía de Cruz Derqui, en un niño de 4 años, con un resultado satisfactorio de cadera estable.

16. Caso de niño de 2 años 8 meses, al cual se le efectuó, Tenotomía bilateral en un inicio pero con mala reducción, efectuando luego acetabuloplastía derecha, con un buen resultado según control de rayos X, paciente no continuo control.

17. Tenotomía bilateral y capsulotomía izquierda a los 2 años, luego de lo cual persistió la luxación en ambas caderas, por lo cual se le efectuó Acetabuloplastía a los cuatro años, pero los resultados no mejoraron.

18. En el último de los casos se efectuó, tenotomía y osteotomía izquierda con reducción cruenta derecha, obteniendo un buen resultado cadera estable y mejoramiento de la marcha la edad del paciente era de 3 años.

19. Con los resultados anteriores observamos, que los mejores resultados para el paciente se obtienen entre más temprano se inicia el tratamiento; y que los métodos más sencillos - como lo es la Tenotomía y Reducción cerrada dan menos - complicaciones y el resultado es mejor, acortando la estancia del paciente en el hospital. En ninguno de los casos el tratamiento conservador fue utilizado antes de iniciar los ya citados.

20. En todos los casos se utilizó, inmovilización con spika de yeso. La posición más utilizada fue la #1 de LORENZ, el tiempo promedio de enyesado fue de 3 meses para cada spika.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un mejor examen de la cadera en el recién nacido, en el departamento de maternidad de todos los hospitales del país; y que el mismo sea efectuado por un médico capacitado.

2. Efectuar con el mismo cuidado, el examen de la cadera en todo niño durante el primer año de vida. Para así detectar algún signo que pudo haber pasado desapercibido.

3. El diagnóstico debe hacerse precozmente, de preferencia - antes que el niño inicie la marcha, para que así el tratamiento pueda ser breve y el pronóstico mejor.

4. El tratamiento de la Dislocación congénita de la cadera, en todas sus formas (displasia, subluxación, luxación), deberá ser encomendado al Ortopedista, quien es la persona mejor capacitada para elegir el mejor de los mismos de acuerdo a cada caso.

5. Infundir en los padres de los niños a los que se les detecta algún tipo de Dislocación, la importancia del tratamiento y la necesidad de concluirlo; para así evitar que el niño no abandone el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo, Marco A.; Aguilar, J. Francisco. Cadera Luja ble y Cadera Lujada. Guatemala Pediátrica, vol, 1, No. 1, 1978 pág. 25-38.

2. Campbell, Willis C. Cirugía Ortopédica. Trad. 1966. - pág. 34-35, 2036-2087.

3. Debrunner, Hans U. Diagnóstico Ortopédico. Trad. 1968. 1a. Ed. pág. 21-24, 73-104.

4. Bjerkreim, Ingjald. Congenital Dislocation of the Hip - Joint in Norway. Acta Orthopaedica Scandinavica, (suppl) 157 (0) 1974.

5. Gershuni, David H. Clinical Evaluation of the Hip Joint. Israel Jorunal Med. Sci. June 1974 659-664.

6. Harrold, A. J. Problems in congenital Dislocation of the Hip. British Medical Journal 23 Apr 77 1071-1073.

7. Herold, Henry Z. Surgi cal Treatmen of Congenital Dislocation of the Hip in Children ever the age two years. - Israel J. Med. Sci. June 1974 653-658.

8. Herold, H. Z.; Daniel, D. Surgical correction of Congenital Dislocation of the Hip in children aged two to six years. Israel J. Med. Sci. March 1977 283-289.

9. Huffman, W. H. The indication for innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation of the Hip. The Journal of Bone and Joint Surgery (Br) May 75 250.

10. Jones, D A; Swansea; Wales. Sub-Capital Coxa Valga After Varus Osteotomy for Congenital Dislocation of the Hip. The Journal of Bone and Joint Surgery (Br) May 77 152-158.

11. Malagón, Valentín. Diagnóstico Precoz de la Displasia de la Cadera. Bol. Med. Hosp. Infant. de México Jul-Agos. 1977 891-900.

12. Maldonado Reyes; Edgar R. Luxación Congénita de la Cadera revisión de tratamientos. Tesis 1974.

13. Meneghello, Julio. Pediatría. 2a. Edición, Argentina, Interamericana, 1978 pág. 1401-1405.

14. Nelson, Waldo E., Tratado de Pediatría, Editorial Salvat, 6a. edición 1971, pág. 1392-1395.

15. Rodríguez, J. R. Algunas Conclusiones estadísticas derivadas del problema de la lujación Congénita de la cadera en nuestro medio. Tesis, Univ. de San Carlos Fac. CC.MM., 1961, 32 pág.

16. Rosales, Antonio. Lujación Congénita de la Cadera, Tesis, Univ. de San Carlos de Guatemala, Fac. de CC.MM., - 1978 47 pág.

17. Tanabe, Gozo; et. al. Early Diagnosis of Congenital Dislocation of the Hip. Acta Orthopaedica Scandinavica, 43 1972 511-522

18. Thompson, Robert, A new Physical Test in Dislocation of the Hip. The J. Of Bone and Joint Surgery. (Am) Sep 72 1326

19. Trevor, D; Johns and Fixsen. Acetabuloplasty in the treatament of congenital dislocation of the hip. The j. Bone Joint Surgery May 1975 166-174

20. Tubaj, Francisco, Dislocación Congénita de la Cadera. Tesis 1977 Univ. de San Carlos, Fac. de CC. MM. 24 pág.

21. Vides, Carlos, Diagnóstico Radiológico de la Displasia congénita de la Cadera. Univ. de San Carlos, Fac. de - CC. MM. Tesis 1978 26 pag.

22. Webb, Henry. Luxación Congénita de la Cadera, Tesis. - Univ. de San Carlos, Fac. de CC. MM., 1972 31 pag.

23. Ritter, Merrill. Congenital Dislocation of the Hip in the Newborn. Am. J. Dis. Child. Jan 1973 30-32.

24. Alvarez, Francisco. Procedimientos Conservadores en el Tratamiento de la Luxación Congenitales de la Cadera, Tesis 1956 FF. CC. MM.

25. Huggler, Arnold. Aloartroplastía de la Cadera. 1a. edición 1972, Ediciones Toray, Trad.

26. Bolaños B., Javier; Luxación Congénita de la Cadera, Tesis Univ. de San Carlos de Guatemala Fac. de CC. MM. - 1979 40 pp.

27. Derqui, Juan Cruz; Reporte sobre la Luxación Congénita de la Cadera; Revista de la Sociedad Latinoamericana de Ortopédia y Traumatología, # 1 y 2 1974.

28. Bastos Ansart, M.; Tratado de Cirugía Ortopédica; Edito-

rial Científico Médica; 1950 págs. 3-45.

29. Goubaud Cardona, Joaquín A.; Artrografía como elemento diagnóstico de la Luxación Congénita de la Cadera; Tesis, Univ. de San Carlos de Guatemala, Fac. de CC. MM. 1975 24 págs.

30. Mercer, Sir Walter; Duthie, Robert; Cirugía Ortopédica; Editorial "El Ateneo" S.A. 1a. edición 1967 pag 68-89.

31. Pérez Teuffer, Aurelio; Cirugía de la Cadera; Editorial Interamericana S.A. 1a. edición 1956.

Br. JUAN MANUEL DIAZ LOPEZ

Asesor
Dr. MARIO ALFONSO GAITAN G.

Revisor
Dr. ANTONIO BERRIOS C.

Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON MENDEZ

Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO