

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISLOCACION CONGENITA DE CADERA

EVOLUCIÓN EN NIÑOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE POR DIS-
LOCACIÓN CONGÉNITA DE CADERA, EN EL DEPARTAMENTO DE
ORTOPEDIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERÍODO DE
1972 A 1978

MARIO FRANCISCO AQUINO

GUATEMALA, 1985

INDICE

- Introducción
- Definición y Análisis del Problema
- Revisión Bibliográfica
- Materiales y Métodos
- Resultados
- Análisis y Discusión de Resultados
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Resumen
- Referencias Bibliográficas
- Apéndices

INTRODUCCION

La dislocación congénita de cadera es una deformidad que afecta la articulación de la cabeza femoral y acetábulo, que de no ser diagnosticada y tratada tempranamente, ocasiona complicaciones como dolor, limitación a la movilidad y acortamiento del miembro afectado, que hará necesaria una intervención quirúrgica.

El presente estudio consistió en una reevaluación de 17 niños con 17 caderas afectadas, tratadas quirúrgicamente en el Departamento de Ortopedia del Hospital Roosevelt en el período de 1972 a 1978, con el objeto de:

- conocer la evolución clínico-radiológica de los niños tratados,
- determinar variantes como dolor, movilidad, acortamiento, deformidades acetabulares y femorales, por los tratamientos realizados a largo plazo (4 años y más),
- evaluar la correlación clínico-radiológica que existe, comparar dichos resultados y hacer sugerencias para el tratamiento más adecuado; ya que en nuestro medio se desconoce la evolución por dicho tratamiento.

Para el mismo, se revisaron las fichas clínicas de 26 niños los que fueron citados a consulta externa acudiendo únicamente 17.

Se les realizaron exámenes clínicos y radiológicos, para observar las secuelas dejadas por el tratamiento, clasificándolos de acuerdo a los criterios clínicos de McKay y radiológicos de Severin, demostrando que el tratamiento quirúrgico proporciona más bondades que complicaciones para el niño.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La dislocación congénita de cadera es un desplazamiento de la cabeza femoral hacia atrás y arriba del acetábulo. Se conocen 2 tipos principales: teratológicas y típicas.

Ocorre aproximadamente en el 1 por 100 de los nacimientos; es más frecuente en los primogénitos, en el sexo femenino, encontrándose más afectada la cadera izquierda que la derecha, más frecuente en caucásicos y ladinos que en indígenas. Existen 2 tipos de tratamiento: el conservador y el quirúrgico, siendo el de elección el conservador.

El tratamiento quirúrgico está indicado en niños en los que el diagnóstico ha sido hecho tardíamente o en los que el tratamiento conservador ha sido fallido.

Se han realizado estudios en el extranjero sobre la evolución clínica y radiológica de niños tratados quirúrgicamente, obteniendo resultados excelentes y buenos en el 100 por 100.

En nuestro país no se han realizado este tipo de estudios que nos permitan establecer las bondades o complicaciones obtenidos en este tratamiento, motivándose ello a la realización de este trabajo.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Las primeras referencias sobre luxación congénita de cadera son mencionadas en el Tratado Hipocrático (*corpus hipocraticus*), siendo bien conocidas la bilateral como la unilateral y observadas con bastante frecuencia; se había determinado la cortedad de un miembro inferior, la depresión lumbosacra y la cojera característica. Se menciona la contracción en "flexión" de la cadera y el aumento progresivo de la deformidad en los casos no tratados.

Ambrosio Paré (1510-1590) hace público su tratado: "Los Diez Libros de Cirugía". En su Libro XVI estudia las luxaciones y describe un aparato análogo al de Hipócrates para reducirlas.

En 1701, Verduc publicó un estudio sobre el cuadro de la enfermedad y algunos aspectos destacados. En 1743 Andry señala el caso de una mujer joven con dislocación unilateral que tuvo 6 hijos, de los cuales 3 niñas presentaron luxación y 3 niños con caderas normales, considerando que eran influenciadas por un factor hereditario. En 1788, Paletta, médico de Milán, trató de demostrar que dicho problema de malformación es resultado de un "vitium primae formationis" y no producto del parto.

Dupuytren en 1826, describe claramente la clínica y la patología, haciendo ver que la etiología es desconocida. En 1896 Lannelongue hace la observación que no todas las malformaciones de cadera se acompañan de luxación, es decir, desplazamiento temporal o permanente de la cabeza femoral.

Weindenreich, en 1913 publicó un estudio sobre el desarrollo anatómico y las modificaciones de las caderas de los primates durante la adopción artrógrada y la locomoción. Howel, algo mas tarde, describe la morfogénesis de la arquitectura de la cadera y el fémur.

Do Santo y Colonna agregan una descripción de la embriología estructural basada en el estudio de fetos de 6 a 30 semanas. Faber y luego Putti en 1935, ponen énfasis en la naturaleza hereditaria de la luxación congénita de cadera.

El término hipoplasia congénita del acetábulo usado por Vernon-Hart, quedó desde entonces como la expresión más generalizada, hasta ser introducido el nuevo término por Hilgenreiner en 1925, que la denominó "dislocación congénita de cadera". Mc Carrol estableció en su trabajo, en base a sus hallazgos clínicos y a su experiencia derivada del tratamiento de enfermos con esas anomalías, que "la displasia congénita de la cadera y la luxación son entidades clínicas diferentes; que cada una requiere una forma diferente de tratamiento para obtener un resultado satisfactorio.(12)

Actualmente conocemos que la luxación congénita de cadera es un desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo y que puede existir al nacimiento u ocurrir poco después.(9) Por displasia se entiende un desarrollo anómalo, no sólo de una sola parte de la articulación, sino también del acetábulo, fémur proximal y partes blandas periarticulares, que puede ser de origen familiar o hereditario.(4)

Se distinguen 2 grupos principales en la luxación congénita de cadera: teratológicas, desarrolladas dentro del útero que pueden ser acompañantes de otras anomalías congénitas generalizadas (artrogriposis); y típicas, de aparición posnatal, que puede ser cadera inestable, la cabeza femoral se puede luxar en forma pasiva; cadera subluxada (la cabeza femoral ha emigrado hacia afuera y arriba en la articulación pero no se luxa por completo, persiste cierto contacto entre cabeza y acetábulo); cadera luxada (la cabeza femoral cabalga hacia afuera y por encima en relación al acetábulo).(9)

La displasia se puede diferenciar en 3 grupos. La mayoría cae en la primera categoría, de las dislocaciones típicas, que se caracterizan por aparición posnatal, y pueden variar en manifestaciones de displasia acetabular a dislocación completa. Las otras categorías son dislocaciones teratológicas y caderas displásicas asociadas con afecciones neuromusculares. Ambos grupos son difíciles de tratar.(6) Se acompaña de otras malformaciones congénitas como articulaciones hipermóviles, deformaciones de los pies, hernias inguinales o tortícolis. El acetábulo es poco profundo o plano porque su techo no se ha desarrollado normalmente, la cabeza femoral y el acetábulo es anormal o no existe.(4)

Se conoce que hay grandes variaciones geográficas con la frecuencia de la luxación. Barlow (1962) examinó 9,289 lactantes en Salfred, Inglaterra (5 años). Encontró que 1 de cada 6 nacían con inestabilidad de una o ambas caderas y, de éstas, el 60 por 100 se recuperaba en la primera semana de vida y el 80 por 100 en los primeros 2 meses. El 12 por 100 restante, con una frecuencia de 1.55 por 1,000 eran luxaciones congénitas típicas y persistieron.

Von Rosen (1962), encontró una frecuencia total en Malmö, Suecia, de 40 casos en 24,000 recién nacidos, o sea, 1.7 por 1,000.(9)

La displasia en la cadera ocurre en aproximadamente el 1 por 100 de los nacimientos; es mayor en mujeres que en hombres, el 70 por 100 de nuestros pacientes son mujeres.(6) Es más frecuente en niñas que en varones, en algunas regiones del mundo hasta 10 veces más; más común en neonatos nacidos en presentación de nalgas, más frecuente en niños primogénitos que en los subsecuentes, más frecuente la cadera izquierda que la derecha, y bilateralmente es más frecuente que la cadera derecha.

Los niños caucásicos tienden más a tener cadera inestable que los negros. En los indios navajos la displasia

de cadera es más común, mientras que en los chinos y batúes es una gran rareza.(4)

Se desconoce la causa de la displasia congénita de la cadera. Se ha señalado el desarrollo anormal de la articulación debido a la posición del feto o a causa de factores genéticos y la relajación anormal de la cápsula y de los ligamentos de la articulación por factores hormonales.(8)

Se considera que la luxación teratológica de cadera se deba a un defecto primario de los genes. La causa primaria de luxación típica de cadera se desconoce. Los factores genéticos desempeñan un papel importante en la patología de la luxación típica. La notificación familiar de diversas series ha dado 20 a 30 por 100; el modo de transmisión ocurre probablemente mediante un gen dominante.(9)

Al nacimiento existe predisposición a la luxación, por displasia de los segmentos óseos que contribuyen a formar la articulación. La dislocación es constante, pero en numerosos casos, se produce reparación del techo acetabular espontáneamente.(13)

Entre la Etiología, se describen varios factores, entre ellos: laxitud de los ligamentos. Smith y Col., en un estudio experimental en perros jóvenes, notificó luxación de cadera cuando se extirpaba la cápsula y el ligamento redondo durante el período de crecimiento.

Howart, postuló una relación causal entre luxación congénita de cadera y relajación capsular.

Malposición en el útero y factores mecánicos: se ha notificado una frecuencia del 30 por 100 de presentación pélvica en lactantes nacidos con luxación. La presentación pélvica es el 3 por 100 de la población general.

Wilkinsen produjo de manera experimental luxación de cadera en conejas inmaduras mediante efecto combinado de laxitud articular homonal y mal posición pélvica.

Factores ambientales posnatales: Africa Central, China e India en donde cargan a los niños y mantienen las caderas en flexión y abducción, la frecuencia de la luxación típica es muy baja al contrario de otros países donde se llevan a los lactantes con las rodillas en extensión y la cadera en aducción (Alemania e Italia).

Patología: en la luxación teratológica el acetábulo es pequeño, superficial y plano en su mitad anterosuperior, lleno de tejido fibrograsoso y quizá de tamaño no suficiente para contener la cabeza femoral. El ligamento redondo está hipertrofiado, la cápsula está muy dilatada y puede estar engrosada y adherida a la cabeza. Los planos de los tejidos blandos pueden estar desarrollados, más definidos y tan tensos que impiden la reducción por manipulación, incluso quirúrgica.

En la luxación típica en el recién nacido la cabeza femoral puede ser más pequeña pero normal en su forma. En la teratológica está deformada, aplanada en sentido interno e hipoplásica. El ángulo de anteversión del fémur proximal en la luxación típica al nacer suele ser mayor de lo normal, unos 30 grados. En la luxación teratológica, el cuello femoral está acortado y casi sin anteversión.(9)

Respecto al tratamiento, en 1929 Putti, destacó, que los resultados del tratamiento de la luxación congénita de cadera sólo se pueden mejorar haciendo el diagnóstico y emprendiendo el tratamiento temprano.

No existe signo patognomónico de por sí, pero su presencia debe despertar sospechas de displasia y entonces realizar un examen radiográfico de las caderas y emprender un atento seguimiento del paciente.(4) Los datos

clínicos dependerán de la edad del paciente y el tipo de luxación.(9)

En los recién nacidos, el diagnóstico se basa exclusivamente en el examen físico. La anormalidad se indica por la presencia de una inconstancia en la unión de la cadera demostrado por los tests de Barlow y Ortolani; los movimientos de estas pruebas dependerán de la soltura de la cápsula para permitir la dislocación-recolocación de la cabeza femoral; la cápsula articular por lo general se aprieta entre las 24-72 horas después del nacimiento.

En los niños grandes, se han observado 2 grupos: antes de los 3 meses y después de los 3 meses. El diagnóstico es difícil, los signos de Barlow y Ortolani usualmente desaparecen. Los signos clásicos de contracción no se han establecido. El diagnóstico es imaginado por el examinador, si no se ha detectado alguna anormalidad en la guardería.

Después de los 3 meses, los signos de contracción son evidentes; el niño tiene acortamiento relativo de una extremidad (desplazamiento hacia arriba en la unión de la cadera), son detectados por los tests de Allis y Galeazzi. El test de Allis se realiza flexionando las caderas y rodillas para que los tobillos se acerquen a las nalgas, el nivel de las rodillas debe ser simétrico.(6)

En el lactante, búsqese asimetría de los pliegues cutáneos de nalgas o muslos, cortedad de una extremidad, limitación a la abducción, signo de ortolani, telescopado del muslo flexionado y aducido sobre la pelvis.

Harris, Lipscomb y Hodsun, en observaciones realizadas en 11,010 lactantes, concluyen que, cuando la abducción se limita a 60 grados o menos, es necesario hacer estudios radiográficos de la pelvis, muslo y cadera.

Colemann, concluyó que el signo de Ortolani es el razgo más seguro de displasia congénita.

Barlow opina, el signo de Ortolani no es infalible en neonatos, creando una prueba similar para niños menores de 6 meses. Medbo, en observaciones clínicas en 3,242 neonatos, llegó a la conclusión de que el examen físico es más confiable que las radiografías para hacer el diagnóstico temprano de la dislocación congénita de cadera.(4)

La prueba de Barlow se efectúa para descubrir la cadera "inestable" en el recién nacido, esto es, que no esta luxada, pero que es luxable. Ortolani, para comprobar la luxación de la cadera en el recién nacido.

El signo de Galeazzi, es acortamiento del fémur afectado en flexión. La "cadera floja", movilidad anormal de la cabeza femoral durante la manipulación pasiva. La cabeza femoral falta de su sitio normal por delante de la ingle y por detrás de la arteria femoral, casi a la mitad del ligamento de Poupert. La movilidad en pistón o signo de telescopio. El vértice del trocanter mayor se encuentra próximo a la línea de Nelatón.

Cuando el niño ha comenzado a caminar, manifiesta una cojera típica (inclinación de la pelvis luxada, desviación externa de la columna al lado afectado y movimiento vertical de telescopio en la extremidad inferior afectada). En la luxación bilateral se ha descrito la "marcha de pato" o la "marcha de marinero".(9)

En niños de tres meses y más, los rayos X generalmente confirman o indican la presencia de anormalidades en las caderas. Cuando hay displasia, con o sin leve desplazamiento, encontramos el ángulo acetabular simple, reproducible e importante en el diagnóstico.

Este ángulo se determina trazando una línea horizontal a través de los cartílagos trirradiados, luego una

línea a lo largo del borde acetabular para encontrar la línea horizontal. Un ángulo acetabular arriba de 25 grados en un niño con signos físicos indicativos es generalmente confirmatorio de displasia.

También, es importante en la evaluación de los rayos X la asimetría de la cabeza femoral, de los centros de osificación. La aparición retardada de un centro osificatorio relacionado con el otro es un fuerte indicativo de displasia de la cadera.(6)

Al estudiar las radiografías es necesario observar los rasgos orientadores como índice acetabular, línea de referencia horizontal de Hilgenreiner, línea de referencia vertical de Perkins, líneas d y h de Hilgenreiner, líneas arqueadas de Shenton y la coordenada Y de Ponsetti; si cualquiera de éstas es anormal se debe sospechar displasia.

Colemann tras estudiar radiografías de 150 neonatos, llegó a la conclusión que un índice acetabular mayor de 40 grados confirma displasia. Además, propuso, después de un amplio estudio, que se diagnostica displasia congénita de cadera en el neonato si se da cualquiera de los siguientes factores:

- Índice acetabular de 40 grados o más aunque no se pueda desplazar la cabeza femoral.
- Un desplazamiento lateral del cuello femoral en los rayos X de pelvis, haya o no índice acetabular alto y aunque no se pueda desplazar la cabeza femoral.
- Una limitación persistente e inequívoca de la abducción de la cadera flexionada, con imágenes radiográficas anormales o sin ellas.
- Una combinación de cualquiera de estos rasgos.(4)

Se han trazado diversas líneas para facilitar estas determinaciones:

Línea de Hilgenreiner o Línea Y, línea horizontal en la parte alta de las zonas claras en la profundidad de los acetábulos, que representan el cartílago Y triradiado.

Línea vertical de Ombredanne o de Perkins, que desde el borde más externo del techo del acetábulo, en sentido perpendicular a la línea Y. Índice acetabular, ángulo formado entre la línea Y hasta el borde osificado más externo del techo del acetábulo (27.5 grados al nacimiento).

El desplazamiento hacia afuera se puede medir por la coordenada Y de Ponsetti (distancia del centro de gravedad de la mitad del sacro hacia el núcleo de osificación de la cabeza femoral). El borde interno de la sombra de lágrima. El ángulo CE de Wiberg, ángulo formado entre la línea de Perkins y una trazada desde el borde osificado más externo del techo del acetábulo hasta el centro del núcleo osificado de la cabeza del fémur.

El desplazamiento del fémur proximal se mide con la línea de Shenton o Menard. El tratamiento de la cadera luxada dependerá de la edad del paciente.(9)

La artrografía en la dislocación de la cadera, es útil para determinar:

- si hay displasia leve,
- si la articulación esta subluxada o luxada,
- si la reducción manual es eficaz o puede serlo,
- hasta qué punto las partes blandas del interior del acetábulo podrían obstaculizar la reducción completa de la luxación,

- en qué estado y qué posición se encuentra el labio (limbo) acetabular.
- si la cabeza femoral y el acetábulo se desarrollan con normalidad durante el tratamiento.(4)

El tratamiento de la luxación de cadera típica se describe mejor cuando se relacionan los grupos de edad:

- Del nacimiento a los 2 meses: mediante reducción suave, manipulación de la cadera a 90 grados y abducción de la misma en flexión. Se conserva mediante almohadillado de Frejka, colchón de Putti, férula de Rosen; 2 ó 3 meses según la edad del diagnóstico.
- Entre los 2 y 18 meses: en este grupo de edad hay cierto grado de acortamiento de los aductores con desplazamiento de la cadera hacia afuera y hacia arriba. Se coloca tracción cutánea de Russell bilateral; el lactante mayor que ha comenzado a caminar o a erguirse y en el cual hay importante desplazamiento del fémur está indicada la tracción esquelética con clavo de Kirschner en la región distal del fémur.

Cuando la cabeza femoral ha descendido, se ponen los miembros en abducción, es recomendable la tracción por tiempo que no exceda 2 semanas, ya que se desarrolla atrofia por desuso y aumenta la posibilidad de fractura en la parte proximal del fémur durante las maniobras de reducción cerrada.

Después del período preliminar de tracción se ejecuta reducción cerrada suave por los métodos de Lorenz, Lange, Ridlon, Denuce y Scott. En ocasiones, es necesario efectuar una miotomía percutánea o abierta de los aductores. Es necesario tomar

radiografías en vista anteroposterior y acetabular para verificar la reducción; si tiene buenos resultados se pone molde de yeso con la cadera en 90 grados de flexión y 60-70 grados de abducción por más o menos 6 meses. Se toman radiografías seriadas de la cadera, cabeza femoral y del acetábulo.

Si la luxación no se reduce por maniobras suavecerrada, está indicada la reducción abierta (reducción abierta y osteotomía de Salter del ilíaco).

- Del año y medio a los tres años: "cuando mas tarde el tratamiento, menos posibilidades habrá de desarrollo normal de la cadera". El tratamiento consiste en miotomía percutánea o abierta de los aductores y tracción esquelética con clavo de Kirschner a través de la epífisis distal del fémur durante 2 semanas. Cuando la cabeza femoral llega a nivel del acetábulo, la cadera se coloca de manera gradual en abducción y extensión, con estiramiento de tejidos blandos contracturados, posteriormente, bajo anestesia general se intenta la reducción, si se logra, demostrándola radiográficamente, se coloca molde de yeso en espica.

A menudo, después de los dos años, requiere la reducción abierta y osteotomía de Salter del ilíaco para obtener una cadera normal.

- De los cuatro a los siete años: en las caderas luxadas se aplica tracción esquelética, después de liberar los tejidos blandos. Si la cabeza femoral se puede desplazar hacia abajo hasta llegar al acetábulo, se ejecutan reducción abierta y osteotomía de Salter del ilíaco. Se requiere a menudo osteotomía correctora del fémur proximal para corregir la anteversión excesiva; suele efectuarse 8-10 semanas después como procedimiento de segunda etapa.

- En niños de 4 años es difícil obtener una cadera normal ya que está plagado de complicaciones, no obstante se puede lograr una cadera funcional con la artroplastía capsular de Colonna.
- Niños entre los ocho años y más: en las caderas luxadas los tejidos blandos y las deformaciones óseas estructurales están tan fijas y su reversibilidad tan limitada que incluso el procedimiento operatorio, no podrá obtener una cadera satisfactoriamente funcional. Es mejor posponer el tratamiento hasta que aparezcan cambios degenerativos y dolor. En los casos unilaterales se requiere artrodesis o artroplastía, y en los casos bilaterales, está indicada la osteotomía femoral de Schanz o la artroplastía con restitución total de cadera.(9)

Cuando se emprende el tratamiento a tiempo, casi siempre se forma un acetábulo normal y la cabeza femoral queda en posición normal dentro del acetábulo.

En los primeros 9 meses de vida puede usar la férula en abducción de Putti, la férula de Von Rosen, la férula con almohada de Frejka, el arnés de Pavlik, la férula en abducción de Craig. No hay que mantenerlo en posición forzada, porque puede peligrar la irrigación sanguínea de la epífisis capital femoral. Se utiliza hasta que la cabeza femoral se articule normalmente con el acetábulo y que la cadera estabilice en el examen clínico, por lo general, durante 1 año.

Si se ve al paciente por primera vez entre los 6 y 7 años o al comienzo de la edad adulta, se debe considerar una osteotomía del coxal o una acetabuloplastía, para prevenir o reducir una artrosis de cadera.

Existe desacuerdo sobre los métodos terapéuticos más acertados, pero nadie discrepa en que cuanto más antes se hace el diagnóstico y el tratamiento, tanto mejor es el resultado.

Entre más tarde se hace el diagnóstico, el tratamiento más experto, solo podría ser reconstructor o paliativo.

Si una luxación se deja sin tratamiento hasta los 3 y 4 años, es probable que se instalen las siguientes anormalidades:

- acetábulo superficial, relleno de tejido cartilaginoso o fibroso, labio invertido,
- cuello femoral mal desarrollado, irregular y pequeño,
- anteversión del cuello femoral hasta más de 90 grados,
- cápsula gruesa, adherida con la placa epifisaria y hasta con la epífisis, en lugar de estarlo con el cuello femoral,
- ligamento redondo elongado y engrosado,
- tendón del psoas estirado,
- signo de Trendelenburg positivo,
- contractura de otros tejidos blandos que van de la pelvis al muslo.

El tratamiento quirúrgico es lo mas indicado en los pacientes mayores de 3 años y sólo corresponde hacerlo antes si la reducción a cielo cerrado con inmovilización o tracción fracasa y, si después de la reducción a cielo cerrado el contorno óseo del acetábulo no se normaliza dentro de un lapso razonable o si después de una reducción que había sido eficaz o parecía serlo, la luxación recidiva.

Las operaciones a cielo abierto para el tratamiento de la luxación congénita de cadera se dividen en 2 grupos:

- 1, Las que puedan dar resultados anatómicos y funcionales satisfactorios,
- 2, Paliativas, que sólo mejoran la función.

Existen operaciones para acrecentar la posibilidad de obtener una restauración anatómica y funcional satisfactoria a todas las edades. Algunas son tan recientes que no se pueden evaluar con exactitud pero otras, como la osteotomía del coxal (Salter), la acetabuloplastia de Pemberton, se emplean desde suficiente tiempo como para que se puedan establecer indicaciones.

"Sin embargo, ningún tratamiento para la luxación congénita de cadera se puede evaluar con exactitud hasta que los pacientes tratados llegan a mediana edad".

Las operaciones destinadas a mejorar el contorno del acetábulo ya no se deben demorar más hasta los 4 a 5 años y tampoco después de haber ensayado el tratamiento conservador muchos meses o hasta años sin que se disminuyese la inclinación del techo del acetábulo.

Con la osteotomía coxal (Salter) o la osteotomía pericapsular (Pemberton) del ilion se puede normalizar más el contorno del acetábulo, y estas operaciones se hacen con relativa facilidad en el niño de año y medio a 6 años o más.

No se puede formular recomendaciones exactas sobre el proceder quirúrgico más indicado para el tratamiento de la luxación congénita de la cadera, porque la operación más eficaz depende de la edad del paciente, de la severidad de la deformación del acetábulo, del acortamiento de las partes blandas y la anteversión femoral, de la deformidad de la cabeza femoral y de otras consideraciones.

En el niño menor de 18 meses en los cuales los intentos encaminados a reducir la luxación sin ejercer fuerza

fracasan, está indicada la reducción a cielo abierto para eliminar los elementos blandos causales y obtener la reducción concéntrica de la cabeza femoral dentro del acetábulo.

Si el niño tiene entre año y medio y 3 a 4 años y la cadera es displásica, está indicada la reducción a cielo abierto combinada con una operación encaminada a modificar la oblicuidad del techo del acetábulo.

Entre las edades comprendidas en 3 a 4 años y 9 a 10 años, está indicada la tenotomía de los aductores seguida de tracción esquelética hasta que la cabeza femoral descienda hasta el nivel del acetábulo.

En niños mayores de 10 años y en adultos jóvenes cuya cabeza femoral no desciende hasta el nivel del acetábulo a pesar de la tracción, sólo se pueden hacer operaciones de salvataje paliativas.

Reducción a cielo abierto: el momento propicio para hacer la reducción a cielo abierto es cuando, en el curso del tratamiento a cielo cerrado, se evidencia que hay elementos blandos inflexibles que obstruyen la entrada de la cabeza femoral en el acetábulo.

Mc Kenzie, Seddon y Trevor reseñaron 92 caderas en las cuales las obstrucciones a la reducción a cielo cerrado, por orden descendente de frecuencia fueron: Limbo invertido, exceso de tejido dentro del acetábulo, cabeza femoral deformada, inserción medial anormalmente alta de la parte anterior de la cápsula articular, tendón del psoas tenso, ligamento redondo agrandado o elongado y estrechamiento de la cápsula en reloj de arena.(4)

Diversos son los factores que impiden la reducción cerrada, entre los que tenemos:

Extraarticulares: músculos y aponeurosis acortados de la articulación de la cadera, cuya resistencia hace

difícil tirar la cabeza del fémur hacia abajo hasta llegar a nivel del acetábulo (aductores contraídos, glúteo medio y menor acortados, tensión aumentada del psoasílico).

Intraarticulares: la cápsula se hipertrofia y se adhiere a la pared del íleon. El istmo capsular demasiado estrecho, formando constricción en reloj de arena.

Limbo: ha sido encontrado como factor importante; se encontró limbo invertido en el 35 por 100 de los casos de cirugía abierta de Scagietti y Calandriello.

Ligamento redondo: hipertrófico y demasiado largo, y el mismo está aplanado como una banda gruesa, obstruye o incluso impide la reducción de la cabeza del acetábulo.

Pulvinar: si es demasiado grande impide la reducción concéntrica.

Obstáculos óseos: deformidad de la cabeza femoral y desviación del acetábulo.

Operaciones pelvianas o con reducción a cielo abierto o sin ella, las que más se usan: Osteotomía del hueso coxal, Acetabuloplastia, Osteotomías que liberan el acetábulo, Operación del techo, Osteotomía del coxal con desplazamiento medial del acetábulo, Artroplastía capsular. En el niño mayor se puede combinar una de estas operaciones con una osteotomía femoral para corregir el valgo o la anteversión femoral o para acortar el fémur con la finalidad de reducir la luxación sin presionar demasiado sobre la cabeza femoral.

Osteotomía del hueso coxal: operación ideada por Salter, sólo es útil cuando una subluxación o luxación ha sido reducida o se puede reducir a cielo abierto en el momento de la osteotomía en un niño de 18 meses o más.

Se recomienda para los niños, adolescentes y adultos jóvenes que no tienen una cobertura suficiente de la cabeza femoral por parálisis cerebral, poliomielitis, mielomeningocele o enfermedad de Perthes. Se rota como una sola unidad todo el acetábulo, junto con la pubis y el isquion, haciendo de bisagra la sínfisis pubiana. La osteotomía se mantiene abierta por delante y afuera mediante una cuña ósea, de manera que el techo del acetábulo se desplaza más hacia adelante y afuera.

La acetabuloplastia también es útil sólo cuando la subluxación o luxación ha sido reducida o se puede reducir a cielo abierto en el momento de la operación en niños de un año, por lo menos. En esta operación se disminuye la inclinación del techo del acetábulo osteotomizando el ilíaco encima del acetábulo. En las acetabuloplastias de antes, se osteotomizaba la corteza externa solamente y se volvía hacia abajo un colgajo óseo de base medial consistente en el techo acetabular, pero en la técnica de Pemberton, que se llama osteotomía pericapsular del ilíaco; se osteotomiza todo el espesor del hueso, desde justo encima de la espina ilíaca anteroinferior por delante hasta el cartílago trirradiado por detrás; el cartílago trirradiado actúa como una bisagra sobre la cual se rota el techo acetabular hacia adelante y afuera.

En las osteotomías que liberan al acetábulo, ideadas por Stel, Sutherland, Greenfield y Eppright, se libera parte de la pelvis, creando un segmento móvil de hueso que comprende el acetábulo. Están indicadas en niños mayores que tienen displasia residual y subluxación, y en quienes ya no se puede anticipar el remodelamiento del acetábulo. Colocan el cartílago articular sobre la cabeza femoral. En cambio, las operaciones de techo, la operación de Chiari y la artroplastía de Colonna interponen tejido fibroso capsular entre la cabeza femoral y el acetábulo reconstruido.

La operación de techo es útil en las subluxaciones, en las luxaciones reducidas que después se subluxaron,

y en las luxaciones irreducibles. En la operación de techo clásica para uno de los dos primeros estados que se acaban de mencionar, se prolonga el techo del acetábulo hacia afuera, atrás o adelante.

En las luxaciones irreducibles se construye un tope de hueso en la cara externa de ilíaco sobre la cabeza femoral.

La osteotomía del coxal con desplazamiento medial del acetábulo, operación ideada por Chiari para pacientes mayores de 4 años, es una operación de techo modificada que coloca a la cabeza del fémur debajo de una superficie de hueso y cápsula articular y corrige el desplazamiento lateral patológico del fémur.

La artroplastía capsular de Colonna es útil en las luxaciones no reducidas en pacientes de edades bien definidas; si se la modifica, reviste particular utilidad para pacientes entre 4 a 5 años y 9 a 10 años en quienes no se puede hacer la reducción a cielo cerrado porque los tejidos blandos de la cadera están contracturados.

Las operaciones que idearon Salter y Pemberton produjeron muchas caderas mecánicamente eficientes que después tendieron poco a ir a una artrosis severa. La osteotomía pericapsular de Pemberton es técnicamente más difícil de ejecutar pero también es muy satisfactoria. (4)

Entre las complicaciones que se pueden presentar, tenemos:

Reluxación, puede ocurrir reluxación en un período inmediato o tardío después de la reducción y varía en grados desde subluxación ligera hasta luxación franca.

Los mismos factores que impiden la reducción concéntrica operan también para producir la luxación recidivante.

Necrosis avascular de la cabeza femoral, producida por interrupción del riego sanguíneo. La necrosis avascular puede ser resultado del trauma de la reducción cerrada o abierta o de la conservación forzada de una posición de abducción extrema.

Fracturas, en forma de separación epifisiaria de la cabeza femoral del cuello o las que ocurren en la región subtrocantérica, pueden ocurrir durante la reducción cerrada o abierta forzada. Tienden a ocurrir en el niño mayor con atrofia por desuso producida por tracción prolongada, o en el pequeño con parálisis acompañante, como la producida por el mielomeningocele.

Parálisis Nerviosa, es producida por el estiramiento excesivo por corrección demasiado súbita o acortamiento notable o por lesión directa del nervio por atrapamiento entre la cabeza femoral y la pared pélvica durante las maniobras de reducción.

Pueden lesionarse el nervio ciático o el nervio crural, el diagnóstico temprano es esencial.(9)

El pronóstico de las reducciones cerradas y abiertas a mediano y largo plazo no se mencionan en la literatura consultada.

En nuestro medio se han realizado diversos estudios sobre luxación congénita de la cadera, estableciéndose que es más frecuente en el ladino respecto al indígena, probablemente por la posición que las madres los llevan en el dorso (abducción), y que al nacimiento no son evaluados por un médico.

Se ha establecido que el diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera es la base para obtener un buen resultado en el tratamiento, existiendo dos períodos: premarcha y posmarcha. Es difícil el diagnóstico premarcha, ya que los signos y síntomas son muy discretos y casi no se piensa en ella.(11)

El tratamiento precoz da mejores resultados y el conservador es el mejor aceptado por el niño y la familia; se aconseja usar la almohada de Frejka.

El tratamiento quirúrgico es recurso complementario y debe utilizarse y reservarse cuando el tratamiento conservador ha fracasado.(1)

La reducción cerrada y colocación de aparatos de yeso da mejores resultados que la reducción abierta, y la tenotomía de los aductores y los aparatos de yeso reducen el tratamiento a tres meses, aproximadamente.

Se ha observado que existen mayores complicaciones posoperatorias como limitación de movimientos y anquilosis de miembros inferiores en las operaciones de Salter, que en las capsuloplastías.(12)

Se estableció que hay relación directa entre la clínica y los exámenes radiológicos; que el tratamiento conservador es un verdadero éxito, ya que logra la regeneración natural del techo acetabular.(7)

Actualmente, no se ha establecido ninguna conclusión sobre buenos o malos resultados en el tratamiento quirúrgico, debido a que los pacientes se pierden en el posoperatorio, no reconsultando.(10)(5)

En las operaciones, se encuentra un alto índice de complicaciones, y la mayoría abandona el tratamiento cuando se les indica la necesidad de hacerles un procedimiento quirúrgico.

La anomalía congénita asociada más frecuentemente es el pie equino varus. La necrosis avascular aséptica fue observada en el tratamiento conservador en bajo porcentaje (3 por 100).(2)

Berkeley, en marzo de 1984, evaluó a 51 pacientes tratados quirúrgicamente por luxación congénita de la

cadera, encontrando clínicamente en el 80 por ciento resultados excelentes, en el 20 por ciento buenos resultados. Radiológicamente, el 57 por ciento se encontraban comprendidos en el Grado I, el 35 por ciento en el Grado II y el 8 por ciento en el Grado III.

Para llegar a las conclusiones anteriores, utilizó los criterios: clínicos de McKay y radiológicos de Severin.

Criterios de McKay:

- Grado I: Excelente: no dolor, cadera estable sin cojera o Trendelemburg negativo, simetría de miembros, rotación interna mayor de 20 grados, movimientos por lo demás, normales.
- Grado II: Bueno: dolor ocasional, cadera estable, leve cojera o movimientos disminuidos, Trendelemburg negativo, asimetría de miembros menor de 2 cms.
- Grado III: Fallido: Trendelemburg positivo, dolor frecuente, rigidez moderada, asimetría de miembros entre 2 y 3 cms.
- Grado IV: Pobre: dolor significativo o severo.

Criterios Radiológicos de Severin:

- Grado I: Excelente: cadera congruente, no deformidad femoral ni acetabular, ángulo del borde central normal.
- Grado II: Bueno: deformidad mínima de la cabeza femoral o acetábulo, ángulo del borde central normal.
- Grado III: Fallido: displasia moderada, acetabular o de la cabeza femoral y/o ángulo del borde central mayor de 20 grados.
- Grado IV: Pobre: subluxación.
- Grado V: Fracaso: luxación.(21)

MATERIALES

1. Humanos:
 - 1.1 17 niños de 7 a 13 años,
 - 1.2 Personal técnico de rayos X,
 - 1.3 Autor y Asesor del trabajo de tesis,
 - 1.4 Revisor del tema de tesis.
2. Físicos:
 - 2.1 Biblioteca del Departamento de Ortopedia y General del Hospital Roosevelt, de la Universidad de San Carlos y de la Facultad de Ciencias Médicas,
 - 2.2 Historias Clínicas de niños con luxación congénita de cadera,
 - 2.3 Aparatos y películas de rayos X,
 - 2.4 Consulta Externa del Hospital Roosevelt,
 - 2.5 Goniómetros y cintas métricas,
 - 2.6 Material de oficina.

METODOLOGIA

1. Se revisaron los libros de sala de operaciones de niños, de 1972 a 1978, para establecer cuántos fueron tratados quirúrgicamente por luxación congénita de cadera.
2. Fueron revisadas las Fichas Clínicas de 26 niños, tratados en el período mencionado, para la obtención de: datos generales, historia, tipo de tratamiento, complicaciones.
3. Se citaron a Consulta Externa del Hospital Roosevelt, acudiendo únicamente 17 niños, 12 de sexo femenino y 5 del masculino; todos con luxación congénita de cadera. (unilateral)
4. Fue explicado a los padres la razón de su cita y, si estaban de acuerdo, se interrogó sobre algún tipo de complicación secundaria al tratamiento como: dolor, cojera, limitación a la movilidad; anotándolo en fichas hechas para el efecto.
5. Se realizaron exámenes físicos:
 - paciente de pie: marcha, cojera, otro tipo de deformidad asociada,
 - en decúbito dorsal: simetría de miembros, flexión, rotación interna y externa, aducción y abducción.
6. Posteriormente, se enviaron al Departamento de rayos X, para tomarles películas con vistas anteroposteriores de ambas caderas y así compararlas.
7. Se tabularon los datos obtenidos al examen clínico y físico, utilizando los criterios de McKay:
 - Excelente: no dolor, cadera estable, simetría de miembros o Trendelenburg negativo, rotación interna mayor de 20 grados, movimientos por lo demás normales.

- Bueno: dolor ocasional, cadera estable, asimetría de miembros menor de 2 cms. o cojera leve, movimientos disminuidos, Trendelenburg negativo.
- Fallido: Trendelenburg positivo, asimetría de miembros entre 2 y 3 cms., color frecuente, rigidez moderada.
- Pobre: dolor significativo o severo.

8. Son interpretadas las películas de rayos X, se hacen mediciones, se tabulan los datos utilizando los criterios de Severin:

- Excelente: cadera congruente, no deformidad femoral ni acetabular, ángulo del borde central normal.
- Bueno: deformidad mínima de la cabeza femoral o acetábulo, ángulo del borde central normal.
- Fallido: displasia moderada del acetábulo o de la cabeza femoral y/o ángulo del borde central mayor de 20 grados.
- Pobre: luxación.
- Fracaso: luxación.

HIPOTESIS:

"Los niños con luxación congénita de cadera tratados quirúrgicamente, presentan complicaciones a largo plazo (dolor, disminución de la movilidad, etc.) que limitan su actividad normal".

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

SEXO Y EDAD DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

meses	fem.	%	masc.	%
0-12	-	-	-	-
13-24	7	41.1	1	5.8
25-36	3	17.6	2	11.7
37-48	2	11.7	1	5.8
49-60	-	-	1	5.8
Total	12	70.4	5	29.1

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

HIPOTESIS

CUADRO No.2

EDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO

meses	O SD+T A		OSD(FPyT)		ASD(FCS)	
	f	%	f	%	f	%
0-12	-	-	-	-	-	-
13-24	6	35.2	2	11.7	-	-
25-36	1	5.8	2	11.7	2	11.7
37-48	2	11.7	1	5.8	-	-
49-60	1	5.8	-	-	-	-
Total	10	58.5	5	29.2	2	11.7

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

OSD+TA: osteotomía subtrocantérica desrotadora más tenotomía de aductores.

OSD(FPyT): osteotomía subtrocantérica desrotadora más fijación con placa y tornillos.

OSD(FCS): osteotomía subtrocantérica desrotadora más fijación con clavo de Steimann.

A todos los niños se les realizó reducción abierta de cadera por vía lateral (Murphy) o aductora (Sludloff); la osteotomía subtrocantérica desrotadora, usualmente fue varizante.

CUADRO No.3

AÑOS DE SEGUIMIENTO POR SEXO

años	fem.	%	masc.	%
7.1- 8	1	5.8	1	5.8
8.1- 9	2	11.7	1	5.8
9.1-10	5	29.4	-	-
10.1-11	3	17.6	-	-
11.1-12	-	-	1	5.8
12.1-13	1	5.8	2	11.7
Total	12	70.3	5	29.1

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.4

DOLOR POR SEXO

dolor	fem.	%	masc.	%
asintomático	4	23.5	3	17.6
ocasional	6	35.2	1	5.8
frecuente	2	11.7	1	5.8
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.5

MARCHA ANTALGICA POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
Asintomático	-	-	-	-
leve	6	35.2	3	17.6
moderada	3	17.6	1	5.8
marcada	3	17.6	1	5.8
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.6

ASIMETRIA DE MIEMBROS POR SEXO

cms.	fem.	%	masc.	%
0-1	-	-	-	-
1.1-2	2	11.7	2	11.7
2.1-3	2	11.7	1	5.8
simétricos	8	47.0	2	11.7
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.7

FLEXION DE CADERA POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
71- 80°	2	11.7	-	-
81- 90°	2	11.7	2	11.7
91-100°	1	5.8	-	-
101-110°	4	23.5	2	11.7
111-120°	3	17.6	1	5.8
Total	12	70.3	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

(flexión normal: 101-120°)

Examen realizado con paciente en decúbito dorsal, flexionando el muslo sobre el torax.

CUADRO No.8

ROTACION EXTERNA POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
0-10°	-	-	-	-
11-20°	2	11.7	-	-
21-30°	1	5.8	2	11.7
31-40°	4	23.5	2	11.7
41-50°	5	29.4	1	5.8
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Historia Clínica de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

(rotación externa normal: 41° o más)

Realizado con paciente en decúbito ventral, rodilla flexionada a 90°.

CUADRO No.9

ROTACION INTERNA POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
0-10°	2	11.7	-	-
11-20°	3	17.6	-	-
21-30°	2	11.7	2	11.7
31-40°	2	11.7	1	5.8
41-50°	3	17.6	2	11.7
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

(rotación interna normal: 41° o más)

Realizado con paciente en decúbito ventral, rodilla flexionada a 90°.

CUADRO No.10

ABDUCCION POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
0-10°	-	-	-	-
11-20°	-	-	-	-
21-30°	-	-	-	-
31-40°	7	41.1	4	23.5
41-50°	2	11.7	1	5.8
51-60°	3	17.6	-	-
Total	12	70.4	5	29.3

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

(abducción normal: 41° o más)

Realizado con paciente en decúbito dorsal, miembros inferiores en extensión, separando el afectado de la línea media.

CUADRO No.11

ADUCCION POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
0-10°	-	-	-	-
11-20°	3	17.6	2	11.7
21-30°	2	11.7	-	-
31-40°	7	41.1	3	17.6
Total	12	70.4	5	29.3

Fuente: Historias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

(aducción normal: 21° ó más)

Realizado con paciente en decúbito dorsal, miembros en extensión, pasando el miembro afectado de la línea media.

CUADRO No.12

CRITERIOS DE McKAY POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
G - I	4	23.5	3	17.6
G - II	6	35.2	1	5.8
G - III	2	11.7	1	5.8
G - IV	-	-	-	-
Total	12	70.4	5	29.2

Fuente: Hostorias Clínicas de los pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.13

CRITERIOS DE SEVERIN POR SEXO

	fem.	%	masc.	%
G - I	-	-	-	-
G - II	7	41.1	2	11.7
G - III	5	29.4	1	5.8
G - IV	-	-	2	11.7
G - V	-	-	-	-
Total	12	70.5	5	29.2

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

CUADRO No.14

CORRELACION CLINICO RADIOLOGICA
UTILIZANDO LOS CRITERIOS DE MCKAY Y SEVERIN

	McKay		Severin	
	grados	f	f	%
G-I	7	41.1	-	-
G-II	7	41.1	9	52.8
G-III	3	17.5	6	35.2
G-IV	-	-	2	11.7
G-V	-	-	-	-
Total	17	99.7	17	99.7

Fuente: Historias Clínicas de pacientes evaluados, febrero-abril, 1985.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No.1: De todos los pacientes tratados quirúrgicamente, el 46.9 por 100 oscilaba entre las edades de 13 a 24 meses; un 41.1 por 100 pertenecía al sexo femenino y el resto, 5.8 por 100, al masculino. La incidencia fue mayor en el sexo femenino, igual como se reporta en la literatura mundial.

Cuadro No.2: En el presente cuadro puede observarse que los niños entre las edades de 13 a 24 meses, un 35.2 por 100 fueron tratados con reducción abierta mas osteotomía subtrocantérica desrotadora y tenotomía de los aductores, el 11.7 por 100 con osteotomía subtrocantérica desrotadora mas fijación con placa y tornillos. El mayor porcentaje (11.7 por 100) tratados con osteotomía subtrocantérica desrotadora más fijación con clavos de Steimann, oscilaba entre las edades de 25 a 36 meses de edad. El mayor porcentaje de niños tratados quirúrgicamente, se observa entre las edades de 13 a 24 meses debido a que todos consultaron para tratamiento hasta que los padres detectaron el problema (al erguirse o al caminar), siendo esto similar a los reportes extranjeros.

Cuadro No.3: Todos los niños tratados tuvieron un período de seguimiento entre 7 y 13 años (promedio 10 años), siendo mayor en el sexo femenino en un 29.4 por 100 entre los 9.1 y 10 años. Siendo el promedio años-seguimiento mayor que en otros estudios realizados.

Cuadro No.4: De los pacientes evaluados el 41.1 por 100 no refirió dolor, el 41.1 por 100 con dolor ocasional, el 17.5 restante, refirió dolor frecuente estando en reposo; probablemente secundario a elongación del paquete vasculonervioso durante la reducción.

Cuadro No.5: Del total de pacientes, ninguno estuvo asintomático a la marcha, todos con algún grado de dolor; presentando marcha antálgica leve el 42.8 por 100, siendo mayor en el sexo femenino en un 35.2 por

100; moderada en un 23.4 por 100; correspondiendo el mayor porcentaje al sexo femenino en el 17.6 por ciento. La causa de ello es debida a lo establecido en el cuadro anterior asociado al tipo de actividad realizada por los niños.

Cuadro No.6: De todos los pacientes evaluados el 58.7 por 100 no presentaron acortamiento en los miembros de la cadera afectada, y el porcentaje restante presentaba algún grado, observándose un 23.4 por 100 entre 1 y 2 cms. siendo igual para ambos sexos; y 17.5 por 100 entre 2 y 3 cms., mayor en el sexo femenino. Todos los niños con acortamiento fueron tratados después de los 25 meses de edad, habiendo necesidad de hacerles, además de la osteotomía subtrocantérica, resección de 1 a 3 cms. de tejido óseo, para compensar el desplazamiento del fémur sobre el acetábulo, y así, evitar complicaciones como necrosis de la cabeza femoral por compresión y elongación de vasos y nervios de la extremidad al hacerle la reducción.

Cuadro No.7: La mayoría de los pacientes presentó algún grado de limitación a la flexión, correspondiendo el 58.6 por 100 del total, con mayor porcentaje en el sexo femenino entre 101 y 110° de flexión (23.5 por 100). Comprobamos con ello lo descrito en la literatura, que si el diagnóstico y el tratamiento es llevado a cabo tempranamente, son mejores los resultados y menores las complicaciones.

Cuadro No.8: De todos los niños el 35 por 100 no presentaron limitación a la rotación externa, correspondiendo el mayor porcentaje al sexo femenino.

Cuadro No.9: Al igual que en el cuadro anterior, un gran porcentaje de niños presentó algún grado de limitación a la rotación interna, representando el 70.3 por 100, más frecuente en el sexo femenino.

Cuadro No.10: El mayor porcentaje de niños presentó algún grado de limitación a la abducción (64.6 por 100), con más frecuencia en el sexo femenino.

Cuadro No.11: El 29.3 por 100 de los niños evaluados presentó limitación a la aducción (menor de 20°), siendo siempre más frecuente en el sexo femenino.

En la información obtenida en los Cuadros 8, 9, 10 y 11, podemos observar que la limitación presentada era mínima y que no afectaba su actividad normal.

Cuadro No.12: Utilizando los criterios clínicos de McKay en la evaluación, observamos que 7 pacientes presentan Grado I, 7 pacientes Grado II y 3 pacientes Grado III.

De los 7 pacientes Grado II, 3 presentan miembros simétricos y 5 presentan una rotación interna mayor de 20° . De los pacientes Grado III, 3 presentan dolor frecuente, 3 tienen acortamiento menor de 3 cms. y 3 presentan rotación interna menor de 20° .

Los resultados obtenidos en este cuadro son similares a los descritos por otros autores.

Cuadro No.13: Radiológicamente, utilizando los criterios de Severin, ninguno de los pacientes puede ser clasificado en el Grado I, porque algunos presentaban una cadera congruente pero con deformidad femoral, acetabular o ambas y ángulo del borde central normal.

Grado II, el 52.8 por 100, presentando deformidad mínima de la cabeza femoral, del acetábulo y del ángulo del borde central, siendo mayor en el sexo femenino.

Grado III, el 35.2 por 100, presentando displasia moderada, deformidad de la cabeza femoral y acetábulo, y ángulo del borde central mayor de 20° .

Grado IV, el 17.1 por 100 por subluxación. Ninguno presentó Grado V.

Cuadro No.14: Se puede observar al hacer la correlación clínico-radiológica que clínicamente la articulación coxo-femoral tiene una movilidad aceptable en el 82 por 100 y radiológicamente ésta no es compatible con una buena movilidad en el 88 por 100. Según la literatura consultada, tiene que haber relación entre ambos criterios para que el paciente pueda desenvolverse normalmente.

CONCLUSIONES

1. De los pacientes que fueron reevaluados a largo plazo posterior al tratamiento quirúrgico, se observó que la mayoría presentaba caderas funcionales.
2. De todas las caderas observadas, un gran porcentaje (41.1 por 100) no presentó dolor y si lo presentaba era infrecuente y esto no imposibilitaba su movilidad.
3. Algunos pacientes presentaron cierta asimetría de miembros que no influía en su actividad.
4. En nuestro estudio, todos los niños consultaron hasta que los cambios clínicos eran detectables por los padres.
5. La incidencia de luxación congénita de cadera es similar a la reportada en la literatura mundial, o sea, que es mayor en el sexo femenino.
6. El 80 por 100 de los pacientes presentaba una movilidad sino dentro de límites normales, eran aceptables y no imposibilitaban su actividad.
7. Clínicamente, utilizando los criterios clínicos de McKay, el 41.1 por 100 de niños presentó resultados excelentes; el otro 41.1 por 100 con resultados buenos y el 18 por 100 restante, con resultados fallidos.
8. Con respecto a los criterios radiológicos de Severin, ninguno de los pacientes presentó una cadera congruente y sin deformidades del acetábulo y de la cabeza femoral. El 52.8 por 100 con algún tipo de deformidad, tanto acetabular como femoral. El 35.2 por 100 con displasia moderada acompañada de deformidad de la cabeza femoral y acetabular, con ángulo del borde central mayor de 20 grados. El 17.1 por 100, con subluxación.

9. Podemos concluir que al correlacionar los resultados clínicos y radiológicos, no se establece una relación adecuada, ya que clínicamente los pacientes presentan una cadera funcional y radiológicamente ésta no es compatible con una actividad normal.
10. El tratamiento quirúrgico es adecuado, porque proporciona al paciente una articulación coxofemoral funcional con muy pocas limitaciones.
11. Con respecto a la hipótesis planteada, queda rechazada porque el tratamiento quirúrgico proporciona a un gran porcentaje de pacientes caderas funcionales que no alteran su actividad normal.

RECOMENDACIONES

1. Orientar a los padres acerca de la necesidad de llevar un seguimiento posnatal adecuado del recién nacido, para detectar tempranamente cualquier anormalidad que presente y que pueda alterar su desarrollo normal.
2. Enseñar a los pediatras la necesidad de evaluar adecuadamente a los niños para detectar tempranamente este tipo de patología y así, brindarles el tratamiento conservador que es el más adecuado, menos traumático y que tiene mucho mejor pronóstico que el quirúrgico.
3. En el caso de diagnosticarse tardíamente la luxación congénita de cadera, es recomendable la realización del tratamiento quirúrgico, porque son mejores las bondades para el paciente, que las complicaciones que puedan presentarse en el caso de no llevarse a cabo.

RESUMEN

Se consultaron los libros de sala de operaciones de niños de 1972 a 1978, estableciendo que fueron 26 los que recibieron tratamiento quirúrgico por luxación congénita de cadera. Fueron revisadas sus Historias Clínicas y luego fueron citados a la Consulta Externa de Ortopedia para hacerles una evaluación clínica y radiológica de la cadera afectada; atendiendo al llamado solamente 17 pacientes, la mayoría de los cuales pertenecía al sexo femenino (12), con un promedio de seguimiento de 10 años.

Al ser interrogados, el 41.1 por 100, no refirió dolor estando en reposo y algunos durante una actividad muy intensa.(41.1%)

Clínicamente todos presentaron marcha antálgica, siendo leve en un 58 por 100; el 40.9 por 100 presentó entre 1 y 3 cms. de acortamiento y, las limitaciones a la movilidad eran escasas en todos los pacientes.

Se utilizaron para la interpretación de los datos obtenidos en este estudio, los criterios clínicos de McKay y los radiológicos de Severin, los cuales fueron correlacionados.

En base a los criterios de McKay, el 41.1 por 100 presentó resultados excelentes, el 41.1 por 100 con resultados buenos y el 17.3 por 100 fueron fallidos.

Radiológicamente, todos presentaron algún grado de deformidad, tanto acetabular como femoral, teniendo el 52.8 por 100 resultados buenos, el 35 por 100 fallidos y el 11.7 por 100 presentó resultados pobres.

Al correlacionar los resultados clínicos y radiológicos no se logra establecer una relación adecuada, ya que

clínicamente los pacientes presentan una cadera funcional y radiológicamente ésta no es compatible con una actividad normal.

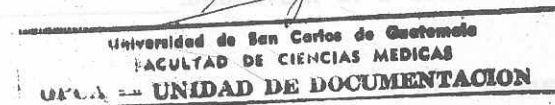
En base a los resultados obtenidos procedimos a rechazar la hipótesis, porque puede observarse que la mayoría de los pacientes no presentan complicaciones a largo plazo y se comprueba, que son mayores los beneficios obtenidos con el tratamiento quirúrgico, que las complicaciones que puedan presentarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez C., Francisco. Luxación congénita de la cadera; procedimientos conservadores en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1956. 38 p.
2. Bolaños B., Javier A. Luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979, 40 p.
3. Díaz L., Juan M. Dislocación congénita de la cadera; metodo más empleado en el tratamiento de dislocación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978. 35 p.
4. Edmonson, A.S. y A.H. Crenshaw, eds. Cirugía ortopédica de Campbell. 6 ed. Buenos Aires, Panamericana, 1981, t. 2 (pp. 1821-1880)
5. Feldmann L., Luis G. Luxación congénita de la cadera; consideraciones quirúrgicas sobre el tratamiento de la luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981, 51 p.
6. Hirsch, Paul. et al. Treatment of hip dysplasia in the first nine months. Clin Orthop North Am 1982 Jul; 13(3):605-617.
7. Maldonado R., Edgar. Luxación congénita de la cadera; diagnóstico y tratamiento temprano en la luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974. 87 p.

8. Nelson, E.W. Luxación congénita de la cadera. En su: Tratado de pediatría. 7.ed. Barcelona, Salvat, 1980. t.2 (pp. 1392-1395)
9. Tachdjian, Mihran. Ortopedia pediátrica. Barcelona, Importécnica, 1976. t.1. (pp.127-187)
10. Tujab, Francisco J. Dislocación congénita de la cadera; tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1952. 75 p.
11. Von Han de L., Harold. Luxación congénita de la cadera; consideraciones sobre el tratamiento precoz de la luxación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1952. 75p.
12. Webb E., Henry F. Dislocación congénita de la cadera; análisis sobre el tratamiento de la dislocación congénita de la cadera. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1972. 29 p.
13. Swoboda, Walter. Osteología infantil. Barcelona, Toray, 1972, 423 p. (pp. 156-204)
14. Rosales, Daniel A. Luxación congénita de cadera: tratamiento con almohada de Frejka. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978. 48 p.
15. Malagon, C.V. y Arango, S.R. Texto de ortopedia infantil. Barcelona, Jims, 1967. 342p. (pp.27-41)
16. Bennet, George C. et al. Dislocation of the hip in trisomy 21. J Bone Joint Surg (Br) 1982; 64-B(3): 289-294.

17. Hooper, Geoffrey. Congenital dislocation of the hip in infantile idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg (Br) 1980 No.; 62-B(4):447-449.
18. McCarroll, H.R. et al. Primary congenital dislocation of the hip infancy. J Bone Joint Surg (Am) 1980 Jun; 62-A(4):554-556.
19. Schoenecker, Perry L. et al. Congenital dislocation of the hip in ten children. J Bone Joint Surg (Am) 1984 Jan; 66-A:21-27.
20. Weinstein, S.L. et al. Congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg (Am) 1979 Jan; 61-A(1): 119-123.
21. Berkeley, Michael E. et al. Surgical therapy for congenital dislocation of the hip in patients who are twelve to thirty six months old. J Bone Joint Surg (Am) 1984 Mar; 66-A (3):412-419.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE III

FICHA DE EVALUACION DEL PACIENTE
TRATADO QUIRURGICAMENTE POR LCC

Nombre: _____ R.M. _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Nombre del responsable: _____

Dirección: _____

Tipo de tratamiento: _____

Fecha de tratamiento: _____ Edad: _____

Interrogatorio:

Dolor: _____ Asintomático: _____ Ocasional: _____ Frecuente: _____

Marcha antálgica: asintomático: _____ leve: _____ moderada: _____
marcada: _____

Limitaciones a la movilidad: _____

Examen físico:

Simetría de miembros: _____ asimétricos: _____ cm.

Flexión de la cadera: _____ grados.

Rotación Externa: _____ grados.

Rotación Interna: _____ grados.

Abducción: _____ grados.

Aducción: _____ grados.

Clasificación de McKay (datos clínicos):

Grado I (Excelente): _____

Grado II (Bueno): _____

Grado III (Fallido): _____

Grado IV (Pobre): _____

Clasificación de Severin (rayos X AP):

Grado I (Excelente): _____

Grado II (Bueno): _____

Grado III (Fallido): _____

Grado IV (Pobre): _____

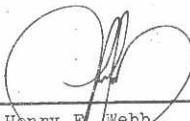
Grado V (Fracaso): _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

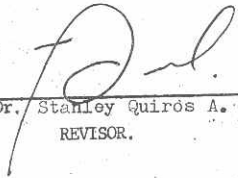
CONFORME:


Dr. Henry F. Webb
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 1898
ASESOR.

SATISFECHO:



DR. STANLEY QUIROS A.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2741


Dr. Stanley Quiros A.
REVISOR.

APROBADO:


DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

DR. STANLEY QUIROS A.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2741


Dr. René Morenó Ambara
DEC
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

Guatemala, 2 de Julio de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 23).