

11237
2es.
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores



Diagnóstico Preóz de Luxación Congenita de Cadera

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
M E D I C O P E D I A T R A
P R E S E N T A N

DR. HUMBERTO FARRERA FLORES
DR. EDUARDO PEREZ GRANADOS

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA

ETIOLOGIA

INCIDENCIA

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

TRABAJO DE INVESTIGACION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

COMENTARIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA.

Desde Hipócrates (357-460 A.E.) se conocía los efectos de invalidez de la luxación congénita de cadera no tratada, - pero solamente hasta la segunda mitad de este siglo se lograron progresos en el tratamiento temprano, basado en un diagnóstico precoz de la luxación congénita de cadera. Roser (1879) apreció que el diagnóstico se podía hacer inmediatamente después del nacimiento.

La exploración sistemática de cadera de todos los recién nacidos en las primeras horas o días de vida nos llevará a una detección temprana en un alto o total porcentaje de los casos problemas. El fenómeno del "chasquido" de la cadera es bien conocida y ha sido observado como signo de la luxación congénita de la cadera (Froelich 1911, Le Damany 1912. Ortolani 1935, y otros). La exploración rutinaria de todos los recién nacidos tanto en la práctica institucional como en la privada, deberá hacerse con gran acuciosidad, en beneficio de estos, mejorando así el pronóstico de los casos problema.

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA:

En la cuarta a quinta semana de gestación se desarrolla una protuberancia en la cara anterolateral del embrión re-

presentando las extremidades. El desarrollo de la futura articulación es delimitado por una línea de densidad aumentada ¹⁷ en forma de platillo. El fondo de la cavidad articular se inicia en los márgenes periféricos y progreso hacia el interior.- Puesto que la cabeza femoral y el acetabulo se forman de un -- bloque simple de tejido, una l luxación es imposible en las -- etapas tempranas de desarrollo.

La irrigación sanguínea de la cabeza femoral es crítica. La arteria femoral da origen a la arteria femoral profunda y ésta a su vez a las arterias circunflejas lateral y media. Ambas son importantes para la circulación del fémur proximal.- La arteria circunfleja lateral pasa debajo del recto femoral -- dando ramas musculares, así como una rama mas importante que -- irriga el fémur proximal anterolateral⁴. La arteria circunfleja media pasa entre iliopsoas y músculos aductores dando vuelta a través de la cara posterior del iliopsoas alcanza el lado medio del fémur y pasa junto al cuello femoral. Hay dos métodos de compromiso Vascular extrarticular: con una posición forzada del fémur proximal hay oclusión de los vasos a medida que el borde acetabular es presionado dentro del surco intertrocanterico, y oclusión a medida que el vaso pasa entre los músculos. La ruta anatómica de los vasos grandes es importante porque la oclusión arterial, puede ocurrir con una u otra posición ya sea en abducción y rotación interna o en posición de -- de rana ¹⁸.

Ogden¹⁷ ha reportado que el nacimiento la cabeza femoral es irrigada por múltiples vasos pequeños provenientes de-

las circunflejas lateral y media. Con el desarrollo este patrón cambia. La circunfleja lateral irriga la cabeza femoral y la metáfisis anteromedial al mismo tiempo la circunfleja media cambia de múltiples vasos pequeños a dos ramas llamadas -- posteroinferior y posterosuperior las cuales irrigan la porción mayor de la cabeza femoral. A medida que el patrón está cambiando se vuelve mas dependiente de pocos pero grandes vasos, las cantidad de tejido irrigado aumenta y se vuelve más distante debido al desarrollo del cuello femoral, manteniendo así el riezgo de necrosis a vascular si el vaso esta colocado bajo presión o un leve estiramiento.

Los cambios anatómicos anotados con luxación representan un espectro de anormalidades. La estabilidad se pierde cuando la cabeza femoral empieza a emigrar lateralmente, un importante auxiliar a la estabilidad es el vacío normalmente --- creado por el ajuste compacto de la cabeza femoral en el acetábulo ²⁴. El labrun también agrega estabilidad por aumento del fondo acetabular. Las anormalidades anatómicas que permiten la luxación contribuyen también a la dificultad de recuperar estabilidad. Inicialmente un borde acetabular laxo pierde el vacío y la cabeza femoral puede ser facilmente provocada a luxarse sobre el borde acetabular posterior. En la próxima etapa --- el borde es además deformado y la cápsula y el ligamento de --

Teres son alargados. La cabeza femoral comienza a perder su --
forma esférica a media que se va luxando. El labrum puede in--
vertirse y hay deformidades acetabulares secundarias, si la lu
xación está presente en un periodo grande de desarrollo intrau
terino los tejidos blandos se contracturan evitando la recoloca
ción de la cabeza femoral.

ETIOLOGIA

Los factores que predisponen a la luxación son genéticos, hormonales, mecánicos y ambientales. La influencia genética está demostrada por estudios de familias en las cuales -- más de un niño ha tenido una luxación de cadera. Una luxación en un segundo niño ocurren aproximadamente 22 a 50 por 1000 nacidos vivos.⁶. Lo cual es un riesgo 10 veces menor que el riesgo usual para la luxación. Otras series notifican una frecuencia familiar de 20 a 30 por 100⁸.

Laxitud de los ligamentos:

Hay cada vez más pruebas de que la laxitud de la cápsula de la cadera y sus ligamentos acompañantes es un factor importante en la patogenia de la luxación congénita de la cadera.

Smith y col., en un estudio experimental en perros jóvenes, notificó luxación de la cadera cuando se extirpaba la cápsula o el ligamento redondo durante el periodo de crecimiento. El estiramiento mecánico controlado de la cápsula de la cadera de los cachorros produjo luxación, displasia o ambas cosas. El acetábulo superficial producido por medios quirúrgicos en perros poco después del nacimiento no produjo luxación de la cadera. La anteversión y retroversión producida de manera experimental en la fase posnatal en cachorros de perros no tu-

vo efectos importantes en el acetábulo 26.

Con bases clínicas, Howorth postuló una relación -- causal entre la relajación capsular y la luxación congénita -- de la cadera⁹. Andrén ha demostrado laxitud anormal de los li gamentos pélvicos en lactantes nacidos con luxación congénita de la cadera, a juzgar por la separación de la sínfisis pública dos ve ces mayor que en los casos normales de control.¹ Se cree que el fenómeno ha resultado de la acción de las hormonas sexuales en encargados de la relajación fisiológica prenatal de los liga mentos maternos como preparación para el parto. Andrén y --- Borglin demostraron un cambio en el patron hormonal de los re cién nacidos con luxación congénita de la cadera, y estos au tores demostraron un aumento en la excreción urinaria de es-- tronas y 17-betaestradiol durante los primeros tres días de -- vida, en comparación con los niños normales². Sin embargo, -- Thieme y col. no apoyan esta teoría, pues estos autores no en contraron diferencias importantes en la excreción de estróge nos en 24 muestras de orina recolectadas de 16 pacientes con luxación congénita de la cadera y 19 controles durante los -- primeros seis días de la vida.²⁷. Estos resultados no dieron apoyo a la hipótesis de que la luxación de la cadera es resul tado de un trastorno innato del metabolismo de estrógenos en el recién nacido.

Factores mecánicos:

Se ha notificado una frecuencia de 30 por 100 de presentación pélvica en los lactantes nacidos con luxación congénita de la cadera ⁸. La frecuencia de presentación pélvica en la población general es de 3 por 100 aproximadamente.

Wilkinson produjo de manera experimental luxación -- congénita de la cadera en conejas inmaduras mediante efecto -- combinado de laxitud articular hormonal y malposición pélvica. Indujo la laxitud articular al inyectar estrona y progesterona. La malposición persistente fue lograda mediante entablillado -- de las extremidades caudales en la posición pélvica. Cuando ag -- tuaron por separado ninguno de estos factores luxó la cadera; -- por ejemplo, no ocurrió luxación en la rotación lateral de la -- malposición pélvica a falta de ligamentos articulares, así ocu -- rrió como resultado de laxitud hormonal con las extremidades -- caudales libres. Wilkinson describió además el desarrollo de -- retroversión y anterversión femoral en presencia de laxitud ar -- ticular, y otros cambios en los tejidos blandos semejantes a -- los observadores en la luxación congénita de la cadera en el -- hombre ²⁸.

Dos factores primordiales en el origen de la luxa- -- ción congénita de la cadera parecen ser laxitud ligamentosa y -- mal posición pélvica, en las cuales las caderas están flexio --

nadas y la rodilla está extendida. La extensión de las caderas durante el parto pélvico y la tracción sobre las extremidades inferiores cuando el recién nacido es sostenido por los talones al nacer pueden ser factores importantes en la luxación -- de la cadera. Las observaciones de Barlow indicaron que la luxación típica de la cadera tiene tendencia a curar por sí sola de manera espontánea mediante reforzamiento de la cápsula laxa, y que el concepto de la preluxación es incorrecto ⁵.

Factores ambientales posnatales:

En algunas áreas del mundo, como Africa Central China e India, las caderas de los recién nacidos se conservan en flexión y abducción y la frecuencia de luxación congénita típica de la cadera es muy baja: por lo contrario, en áreas como -- norte de Italia y Alemania, sitios en los que es costumbre llevar a los lactantes en posición con las caderas extendidas y -- en aducción, la frecuencia es notable. Esta variedad de la frecuencia parece indicar que el pequeño no está preparado desde el punto de vista del desarrollo para una transición súbita de la posición uterina de flexión de la cadera a la de extensión. ²⁶

Salter, en un estudio experimental con cerdos recién nacidos, demostró el desarrollo de displasia acetabular y cambios en la dirección del acetábulo como resultado de conservar las caderas en extensión durante seis semanas ²². Después de --

que se permitió a los lechones correr con libertad durante 10 semanas la alteración se corrigió por sí sola. Se desarrollaron acetábulos normales cuando las caderas se conservaron en flexión y abducción:

INCIDENCIA

Esta es muy variable lo cual lo demuestra diversos - trabajos publicados por diferentes autores: Palmen ²⁷ (1961) - en Suecia reporta 5-6 por 1000 nacidos vivos, Von Rosen ²¹ --- (1962) reporta en Malm"o Suecia 1.7 por 1000, Barlow ⁵ (1962) en Salford Inglaterra 1.55 por 1000 Blair²⁷ en Edimburgo Inglaterra (1968) 11 por 1000, Mitchell ¹⁵ (1972) también en Edimburgo re porta 3 por 1000, Malagón Castro ¹⁴ (1977) en Bogotá Colombia- 2.5 por 1000, Noble¹⁶ (1978) en Newcastle Inglaterra 10.6 por- 1000. En cuanto a la prevalencia de sexo predomina el femenino en todas las series: MacEwen ¹² reporta 70%, Noble¹⁶ reporta -- una relación de 3.5 a 1; Smail ²⁴ de 5 a 1 . La cadera afec- tada predominante es la izquierda con reportes de MacEwen 60%, Blair ²⁷ 76%, Noble¹⁶ 46.6%. La presentación de nalgas varia mu- cho también como se demuestra en las siguientes series: Mac-- Ewen ¹² 20% Malagón Castro ¹⁴ 20.2% Noble ¹⁶ 10.7% Blair ²⁷ - 9.5%.

Ciertas áreas del mundo tienen una frecuencia endé- mica muy alta de luxación congénita de cadera. En otras no -- existe en realidad ²⁶. Esta diferencia en frecuencia depende- de factores ambientales genéticos, descritos en etiología.

Diagnóstico

La detección temprana de la luxación congénita de cadera se hace en base a la exploración clínica sistemática de todos los recién nacidos; la exploración radiológica en el R/N fue utilizada con buenos resultados por Von Rosen y Anndrén -- (1958) quienes describieron una técnica especial, la cual también fue utilizada por Barlow (1962) resultando de poco valor.

El fenómeno del chasquillo acetabular fue descrito -- por Froelick ⁷ (1911) y por Le Damany ¹¹ en 1912 y posteriormente fue popularizado por Ortolani en 1936, siendo utilizado por este último en niños de un año de edad; Barlow no encontró satisfactorio este signo para la exploración de los recién nacidos y lo modificó en 1962. El signo de Ortolani¹⁹ lo describe el autor de la siguiente manera: Estando el paciente acostado sobre su espalda y manteniendo las caderas y las rodillas flexionadas en ángulo recto, teniendo las manos del examinador -- dispuestas sobre las rodillas de manera que el pulgar apoye sobre la cara interna del muslo y el índice sobre el trocánter -- mayor se llevan las caderas lentamente hacia la abducción completa (fig. 1) Cuando se reduce la cabeza por la abducción podemos oír y palpar un chasquillo al deslizarse la cabeza femoral a través del borde posterior del acetábulo y entrar a la cavidad. Al hacer en un segundo tiempo aducción de la cadera --

la cabeza femoral se luxa de nuevo con un chasquido palpable. (Fig. 2), Debemos distinguir el chasquido de Ortolani del que produce una banda iléotibial tensa o los tendones glúteos del trocánter mayor, y del que se escucha en la rodilla por rotula subluxante o menisco externo discoide.

El signo de Barlow ⁵ se realiza en dos partes 1) el niño es colocado sobre su espalda con las piernas apuntando hacia el explorador las caderas son flexionadas en un angulo recto y las rodillas son completamente flexionadas. El dedo medio de cada mano se coloca sobre el trocánter mayor (fig. 3) y el pulgar de cada mano aplicado sobre la cara interna del muslo en posición opuesta a trocánter menor (fig. 4) las caderas se llevan hacia una abducción y se ejerce presión sobre el trocánter mayor hacia adelante y atras con el dedo medio, de cada mano. en turno mientras la otra mano sostiene firmemente el muslo y la pelvis opuestas. Si la cabeza femoral se desplaza hacia adentro del acetábulo la cadera estaba luxada. Si no hay movimientos de la cabeza femoral la cadera no esta luxada. La segunda parte consiste en aplicar presión hacia atras y afuera con el pulgar de cada mano sobre el trocánter menor en la cara interna del muslo. Si la cabeza femoral se desliza sobre el labio posterior del acetábulo (Fig.6) regresa inmediatamente al retirar la presión (Fig. 7) la cadera es inestable, esto quiere decir que

la cabeza no esta luxada pero que es luxable.

Si hay duda en la estabilidad de una articulación pue de hacerse la prueba sujetando la pelvis con el pulgar sobre el pubis y el resto de los dedos apoyados sobre el sacro. (Fig. 5).

Esta prueba es confiable y puede ser usada hasta la - edad de los 6 meses, después de este tiempo el femur ya creció lo suficiente que se dificulta alcanzar el trocante mayor con -- la punta de los dedos medios.

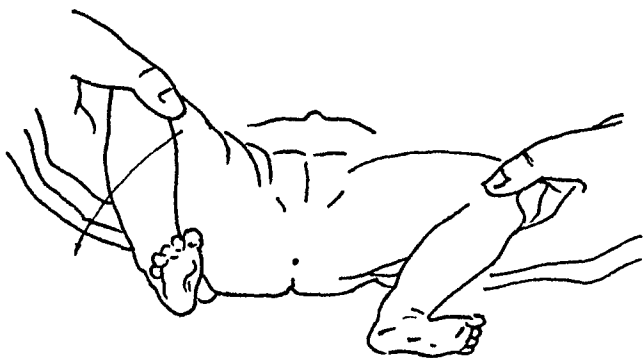


Fig. 1

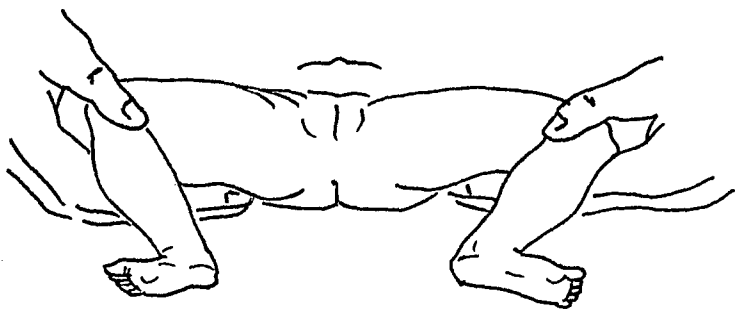


Fig. 2



Fig. 3

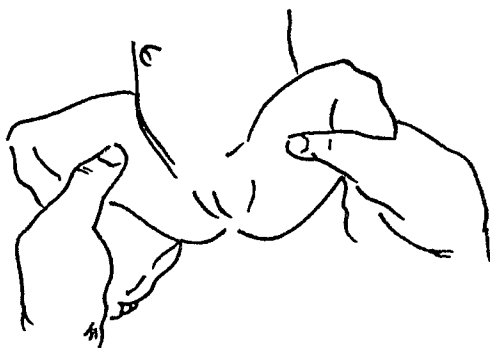


Fig. 4

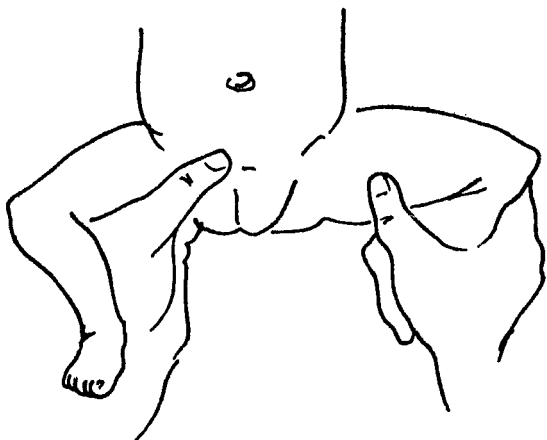


Fig. 5

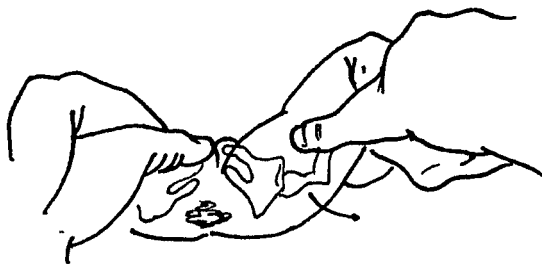


Fig. 6

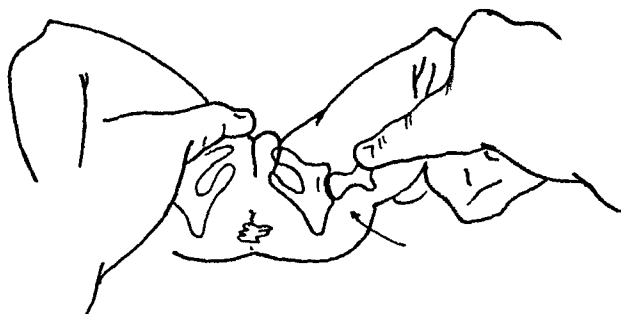


Fig. 7

Fig. 1 y 2: Signo de Ortolani; existencia de un chasquido palpable de entrada y salida conforme se reduce la cadera -- por abducción y se luxa por aducción. Fig. 3, 4 y 5 Prueba de - Barlow; el lactante se encuentra sobre el dorso con las caderas flexionadas a 90 grados y las rodillas flexionadas al maximo. 3 y 4 la posición del dedo medio de cada mano sobre el trocánter-mayor y del pulgar en posición opuesta, sobre trocánter menor, - en el lado interno de la parte superior del muslo. 5 ilustra el método alternativo usado en casos dudosos. La pelvis se fija entre- el pulgar sobre el pubis y los dedos por debajo del sacro mien- tras se somete a prueba de cadera con la otra mano. Fig. 6, --

ilustra como la presión ejercida por el pulgar sobre el trocanter menor puede luxar la cabeza femoral a través del labio posterior del acetabulo Fig. 7, al liberar la presión del pulgar - la cabeza femoral se desliza hacia la cavidad acetabular.

*Dibujos Realizados por el Doctor Manuel Gutierrez-Barron Dibujos.

DATOS RADIOLOGICOS

Los estudios radiológicos aplicados para el diagnóstico de la luxación de la cadera en el recién nacido, son las tomas simples anteroposteriores de la pelvis con piernas juntas y en extensión en la cual se observa el desplazamiento -- del femur hacia afuera y arriba del lado afectado. El desplazamiento hacia afuera puede medirse con la coordenada "Y"²⁰ - (Ponseti) que es la distancia desde el centro de gravedad de la mitad del sacro hacia el centro del núcleo osificado de la cabeza femoral; o la punta interna que hace protrusión del -- cuello femoral osificado se puede utilizar como punto externo de referencia (Fig. 8). El desplazamiento hacia arriba se puede medir mediante la comparación de la distancia entre el extremo proximal de diáfisis (punta diafisaria) cuello del femur o centro del núcleo osificado de la epífisis capital y la línea "Y" con el lado normal. (Fig. 9) . También en esta toma se mide el índice acetabular, para lo cual se trazan diversas líneas 1.) La de Hilgenreiner o línea "Y", es una línea horizontal que se traza a través de la parte alta de las zonas claras en la profundidad de los acetabulos, que representan al -- cartílago Y o trirrariado. (fig. 9) 2) Línea de Perkins, que se traza desde el borde osificado más externo del techo del acetabulo, en sentido perpendicular, hacia abajo a través de la-





Fig. 10



Fig. 11

línea "Y". El índice acetabular se mide por el ángulo formado entre la línea "Y". y por una línea que pasa a través de la -- profundidad de la cavidad acetabular a nivel de la línea "Y" hasta el borde osificado más externo del techo del acetábulo (Fig. 10).

Según Kleinberg y Lieverman ¹⁰, el ángulo acetabular es un índice útil para medir el desarrollo del techo óseo del acetábulo. El índice acetabular en recién nacidos normales pro media 27.5 grados con límite superior de 30 grados.

Andrén y Von Rosen ³ describieron una técnica especial en 1958 la cual Rosen consideró como segura. El recien na cido es colocado de espaldas con las caderas en obducción de - 45 grados y rotación interna con las rodillas en extensión. La radiografía incluye las diáfisis femorales. En la cadera normal, una línea longitudinal trazada a través del centro de la diáfisis femoral disecciona la espina externa del acetábulo; Fig. 11, en tanto que, en la cadera luxada, disecciona la espina iliaca-anterior y superior (Fig. 11). Esta técnica fue usada por Barlow (1962) Smail (1968) y Mackenzie (1972) con pobres resultados.

Fig. 8 Muestra la coordenada de Ponseti para evaluar la excentración de la fisis femoral. Fig. 9. Muestra la distan cia entre la fisis femoral y la línea de Hilgenreiner, lo que

evalua la elevación de la fisis femoral. Fig. 10. En esta figura se ejemplifica el índice acetabular, medido por el ángulo formado por la línea "Y" y una línea que pasa a través de la profundidad de la cavidad acetabular a nivel de la línea "Y" hasta el borde más externo del techo óseo del acetábulo. Fig. 11. ilustra la posición descrita por Von Rosen (1958) en la cual la línea longitudinal trazada a través de la diafisis femoral disecciona la espina externa del acetábulo. En la cadera anormal esta línea disecciona la espina iliaca anterior y superior. .

TRATAMIENTO

El tratamiento temprano de la luxación congénita de cadera se base en mantener la cabeza femoral dentro del acetabulo, lograndose esto con colocar a los pacientes con las caderas en flexión y abducción mediante un aparato ortopedico.- Para este fin se han descrito varios aparatos, entre ellos el de Von Rosen, Barlow, Frejka, Scott y otros. Estos aparatos son manejados por las madres ya que facilmente se pueden quitar y poner facilitando el cambio de pañal. Los casos problemas deberán ser revisados periodicamente tanto clínica, como radiologicamente por el Ortopedista. Existe el riesgo de que al ser retirado el aparato la cabeza femoral se reluxe y se aplique éste sobre una cadera luxada, por lo que se insiste en que la madre deberá ser perfectamente entrenada en la aplicación del aparato elegido por el médico tratante.

TRABAJO DE INVESTIGACION

1.- Objetivos

- 1) Determinar la incidencia de Luxación Congénita de cadera en el C. H. 20 de noviembre.
- 2) Detectar tempranamente a los R/N con Luxación Congénita de Cadera.
- 3) Corroborar la eficacia de las maniobras clásicas de exploración de cadera, así como la de los datos radiológicos en el Recién Nacido.

2.- Material y Métodos:

Se revisaron 2000 R/N normales sin malformaciones -- agregadas, en el período comprendido entre Marzo y Agosto de 1981.

A todos los R/N se les aplicaron las maniobras de Ortolani y Barlow y a los casos problema se le tomaron Rx de pelvis AP para valorar elevación y excentración de la fisis femoral así como el índice acetabular. Se investigaron antecedentes familiares así como edad materna número de gestación, edad gestacional, presentación del producto, peso al nacer, sexo, -- cadera afectada, índice acetabular, elevación y excentración de la fisis femoral. Así como Rx en posición de Von Rosen.

RESULTADOS

2000 Recien Nacidos revisados
14 casos problema
7 x 1000 R/N vivos

TABLA 1

Edad materna rango: 19 a 35 años.

Promedio: 28.3 años

TABLA 11

Número de gestación: 1 a V

Promedio: 11

TABLA 111

EDAD GESTACIONAL: 40 A 43 SEMANAS

PROMEDIO: 40.5 SEMANAS

TABLA IV

CEFALICOS 12

PRESENTACION:

PELVICOS 1 (6.4%)

TABLA V

FEMENINOS 9

SEXO:

MASCULINOS 6

RELACION 1.8 a 1

TABLA VI

PESO AL NACER: 2.650 Kg. A 4.600 Kg.

PROMEDIO: 3.500 Kg.

TABLA VII

IZQUIERDA 9 (64%)

CADERA AFECTADA:

DERECHA 5

TABLA VIII

CADERA AFECTADA 22 a 40

INDICE ACETABULAR:

CADERA SANA 25 a 40

TABLA IX

29 **ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Se encontró una incidencia de 7×1000 , se investigaron antecedentes familiares con resultados negativos. La edad materna vario de 19 a 35 años con un promedio de 28.3 años (tabla II), el número de gestación varió entre I y V con un promedio de 11. (tabla III). La edad gestacional se mantuvo en límites normales de 40 a 43 semanas, con un promedio de 40.5 sem.- (tabla IV).

En cuanto a la presentación del producto predomina - la cefalica sobre la pelvica con un, porcentaje de esta última de 6.4%; (Tabla V). El peso al nacer varió de 2,600 a 4,600 -- con un promedio de 3,500 (tabla VI). El sexo predominante como en otras series fue el femenino con una relación de 1.8: En lo que respecta a la cadera afectada predominó la izquierda con - un porcentaje de 64% coincidiendo con otros autores. El índice acetabular solo en un caso fue de 40 grados tanto del lado - - afectado como del lado normal el resto fue normal. La elevación y excentración de la fisis femoral en todos los casos fue normal.

COMENTARIO

El presente trabajo demostró la importancia de la exploración sistemática de cadera de todos los recién nacidos en las primeras horas y días de vida, por lo que queremos que sigva de estímulo a todos aquellos médicos que exploran recién nacidos, para que perfeccionen su práctica de la exploración de cadera a través de las maniobras de Ortolani y Barlow, así mismo entrenen debidamente a los médicos en formación, para que estos en su práctica cotidiana, tanto institucional como privada, diagnóstiquen precozmente la luxación congénita de cadera, realizando así una labor de medicina preventiva, al disminuir el índice de invalidez en la infancia. También dará oportuni-dad de canalizar el caso problema al Ortopedista para su tratamiento temprano, con lo cual su pronóstico será 100% favorable.

CONCLUSIONES

1) Se logró establecer que las maniobras clásicas de exploración de la cadera del recién nacido, Ortolani y Barlow son el único medio de Dx. precoz de la Luxación Congénita de la Cadera.

2) Los datos radiológicos en el recién nacido no -- son de ayuda diagnóstica ya que una Rx normal no descarta la posibilidad de Luxación Congénita de Cadera.

3) La revisión sistemática de todos los R/N nos dará un alto o total porcentaje de detección de los casos problema.

4) Los antecedentes perinatales y heredofamiliares no influyen, por lo menos, en nuestra serie, en la presentación de Luxación Congénita de Cadera.

RESUMEN

Se revisaron 2000 R/N en el periodo comprendido entre Marzo y agosto de 1981, de los cuales 1039 fueron masculinos y 961 femeninos, encontrando una incidencia de 7×1000 - nacidos vivos, todos fueron revisados con las maniobras de Ortolani y Barlow así como estudios radiológicos a los casos -- problemas; se tomaron en cuenta los siguientes parametros tratando de establecer alguna relación de éstos con los casos -- problemas; edad materna, edad gestacional, presentación, modo de obtención, sexo, peso al nacer, cadera afectada, índice -- acetabular así como la elevación y excentración de la cabeza -- o la fisis femoral. En el presente, trabajo predominaron al -- igual que otros reportes el sexo femenino así como la cadera -- izquierda, el índice acetabular solo en una cadera se encontró aumentado en 40 grados coincidiendo con la cadera normal el resto se mantuvo en parámetros normales. la elevación y excentración se encontraron normales en todos los casos problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Andrén, I.: Instability of the pubic Symphysis and Congenital dislocation of the hip in new-borns. Acta Radiol., 54: - 123, 1960.
- 2.- Andrén, I., and Borglin, N. E.: Disturbed urinary excretion pattern of oestrogens in newborns with congenital dislocation of the hip. Acta Endocr. 37: 423, 1961.
- 3.- Andrén, I., and Von Rosen, S.: The diagnosis of dislocation of the hip in newborns and the primary results of immediate treatment. Acta Radiol., 49: 98, 1958.
- 4.- -----, : Treatment positions for congenital dysplasia of the hip., J. Pediatr., 86: 732, 1975.
- 5.- Barlow, T. G.: Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg., 44-B: 292, -- 1962.
- 6.- Chapple, C., and Davidson, D.: A study of the relation ship between fetal positions and certain congenital deformities. J. Pediatric, 18: 483, 1941.
- 7.- Froelich, M.: Treatment de la luxation congenitable de la hanche chez le nourisson (curatif et preventif) Congres --- Francais de Chirurgie. Proces verbeux, 24: 1948, 1971.
- 8.- Hass, J.: Congenital dislocation of the hip. Springfield -- Ill., Charles C. Thomas, 1951.
- 9.- Howorth, M. B.: the etiology of congenital dislocation of the hip. Clin Orthopedics, 29: 164 1963.
- 10.- Kleimberg, S. M. and Lieberman, H. S.: The acetabular index in infants in relation to congenital of the hip. Arch. Surg. 32: 1049 1936.
- 11.- Le Damany. P.: La luxation congenitate de la Hanche. Paris, Felix Alcau. 1912.
- 12.- MacEwen, G. D. and Ramsey P. L.: Congenital dislocation of the hip - Evaluation and treatment before walking age.
- 13.- Mackenzie.: Congenital dislocation of the hip. J. Bone --

Joint Surg. 59-B: 18 1972.

- 14.- Malagón Castro, V. Pérez Castellón R. Vélez Hernández F.:
Diagnóstico precoz de la displasia de cadera. Bol. Med.
Hosp. Infantil. Vol XXXIV Núm. 4: 891. 1977.
- 15.- Mitchel, G.P.: Problem in the early diagnosis and manage-
ment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint-
Surg. 53-B: 151, 1971.
- 16.- Noble, C. R. Pollan, A. W. Craft, Ma Leonard.: Dificul-
ties in diagnosing and managing congenital dislocation of
the hip. Britis Medical Journal, 2, : 620-623, 1978.
- 17.- Ogden, J. A.: Changing patterns of proximal femoral vascu-
larity. J. Bone Joint. Surg. 56-A: 941, 1974.
- 18.- O'malley, A. G.: Congenital dislocation of the hip. J. Bo-
ne Joint Surg. 47-B: 188, 1965.
- 19.- Ortolani, M.: La Lussazione congenita del 'anca. Bolonga-
Copell. 1948.
- 20.- Ponseti l. V. : A.A.O.S. Instruccionial course lectures --
10:161 1953.
- 21.- Rosen, S. Von: Diagnosis and treatment of congenital dis-
location of the hip joint the newborn. J. Bone Joint Surg.
44-B: 284 1962.
- 22.- Salter R. B.: Congenital dislocation of the hip. In Gra--
ham, W. D. (ed), Modern Trends in Orthopedics, No. 5 New-
York, Appleton-Century Crofts 1967.
- 23.- Shands, J. A.: Handbook of Orthopedics Surgery, ed. 7. St.
Louis, C. V. Mosby, 1948.
- 24.- Smail, : Congenital dislocation of the hip in the newborn-
J. Bone Joint Surg. 50-B, No. 3, : 524, 1968.
- 25.- Smith, W. S., Coleman, C. R. Olix M. L. and Slager, R. F.:
Etiology of congenital dislocation of the hip. An experi-
mental to the problem using young dogs.
J. Bone Joint Surg. 45:491, 1963.

- 26.- Tachdjain M. G. : Pediatrics Orthopaedic. Vol. 2. 1972 --
by W. B. Saunders company Philadilfan.
- 27.- Thieme, N. T. Wynnw- Davies, R. Blair, H. A. F. Bell, --
E. T. and Lorane J A. : Clíical examination and urinary-
oestrogen assays in newborns Children with congenital --
dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 50-B 546, --
1968.
- 28.- Wilkinson, J. A. : Prime factory in the etiology of conge-
nital dislocation of the hip. J. Bone Joint. Surg. 45-B-
268 1963.