

11226

38
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ / MF No. 68
TULPETLAC EDO. DE MEX.**



**INCIDENCIA DE LUXACION CONGENITA DE
CADERA EN EL CONTROL DEL NIÑO SANO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. ALEJANDRO GARCIA HUERTA

ASESOR DE TESIS: DR. ANGEL MOJICA SALGADO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1992



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 está 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.

C O N T E N I D O

Aprobación	I
Agradecimientos	II-IV
Resumen	V
Introducción	1
Justificación	2
Antecedentes	3-11
Objetivos	12
Material y métodos	13
Resultados	14-15
Discusión y análisis	16
Conclusiones	17
Referencias	18

R E S U M E N

OBJETIVO: Determinar la incidencia de Luxación Congénita de Cadera en el control al niño sano.

DISEÑO: Encuesta Prospectiva Transversal.

MARCO DE REFERENCIA: Textos de Ortopedia y traumatología, Artículos de revistas en medicina de Ortopedia y traumatología.

PACIENTES: Se incluyeron a 200 derechohabientes en un periodo de tiempo del 10 de marzo al 15 de diciembre con edades de Recién nacidos a 6/12, no importando el sexo, los cuales fueron traídos a la CE de Med.Fam. o Pediatría del HGZ/MF No 68 al control del niño sano, no se incluyeron a los no pertenecientes a la unidad, excluyéndose pacientes con enfermedades congénitas asociadas a LCC y pacientes mayores de 6 meses.

INTERVENCIONES: A todos se les asignó un consultorio donde el responsable del estudio y el colaborador efectuaron maniobras clínicas para valorar LCC (Barlow, Ortolani, Galeazzi, Trendelenburg). A los dudosos se les indicó placas de Rx.

MEDICIONES Y RESULTADOS: De los 200 pacientes estudiados, en 16 se encontró alteración de la cadera; de acuerdo al sexo, 12 fueron femeninos y 4 masculinos; en 13 se encontró LCC unilateral con tasa de 31.25%, 11 del sexo femenino con tasa 84.61%, 2 del sexo masculino con tasa 15.38%, 11 con LCC Unilateral Izquierda con tasa 18.18%, 3 con LCC bilateral con tasa 18.75%; de los cuales 3 fueron del sexo femenino tasa 100%. En cuanto a edades, 9 se encontraron (0-2 meses) con tasa 56.25% dentro de etapa gris con pronóstico excelente a regular, 4 entre (2-3 meses) que entraron dentro de etapa gris, pronóstico regular tasa 25%, 3 entre (3-5 meses) tasa del 13.75% que entran en etapa negra pronóstico regular: con Diagnóstico y tratamiento entre los 3-6 meses.

CONCLUSIONES: La incidencia de LCC en la población total del HGZ/MF No 68 es del 3%. Todos los pacientes con signos clínicos y radiológicos de LCC fueron enviados para valoración y manejo a tercer nivel.

I N T R O D U C C I O N

La luxación congénita de la cadera es un desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo, puede ocurrir al nacer o poco tiempo después.

Su incidencia aumenta en relación al número creciente de nacimientos y de los diferentes factores predisponentes, como son los antropológicos, hereditarios y ambientales, siendo la frecuencia mayor en recién nacidos, con predominio en el sexo femenino con relación del 3:1 en relación con el masculino.

El pronóstico está en relación directa con el tiempo en que se hace el diagnóstico, siendo éste mejor cuando se hace en edades que van de recién nacidos a los 6 meses; canalizando al paciente a tercer nivel para efectuar su protocolo de manejo oportuno.

El diagnóstico es fácil cuando se conocen los diferentes signos clínicos que nos hacen sospechar de esta patología, evitándose los tratamientos quirúrgicos sobre la cadera que llevan a limitaciones funcionales secundarias.

J U S T I F I C A C I O N

El motivo de esta tesis es reconocer la incidencia de Luxación -- Congénita de Cadera en el control del niño sano; dado que constituye un serio problema de salud en nuestro país por las limitaciones funcionales que se encuentran en los pacientes, en los -- cuales no se establece un diagnóstico y tratamiento oportuno en -- edades que van de recién nacido a los 6 meses, Donde el pronóstico va de excelente a regular.

En nuestro país a pesar de los diferentes servicios médicos y asistenciales, solo el 40% de los partos reciben atención -- adecuada y de éstos, menos del 1% les presta atención un médico -- neonatólogo capacitado en la detección de éste y otros problemas de índole congénito. La enfermedad pasa inadvertida en el 95% de los casos y el desconocimiento de los diversos signos clínicos de la enfermedad por parte del médico de primer contacto, hace que -- no se descubra este problema hasta el inicio de la deambulacion.

A N T E C E D E N T E S

En este estudio se define al recién nacido y al lactante menor -- como aquel paciente entre los 0-6 meses de edad. --

Donde el diagnóstico de luxación congénita de cadera de --- acuerdo a la edad es de gran importancia pronóstica para la --- función.

El Diagnóstico se efectuará desde el nacimiento; si el --- resultado de la exploración sugiere la posibilidad de un diagnó- --- stico positivo, el exámen deberá repetirse antes de la cuarta --- semana de vida, para confirmación; si persiste la duda deberán --- repetirse periódicamente los exámenes físicos y radiográficos --- durante los primeros 6 meses de vida.

Entendemos por luxación congénita de cadera un desplazamien- --- to de la cabeza femoral fuera del acetábulo, puede existir al --- nacer u ocurrir poco tiempo después. (1) (4) (5) (7) (8).

Su frecuencia: Se ha observado un predominio del sexo --- femenino de 8:1 en relación con el sexo masculino. El proceso --- se presenta en forma unilateral en el 73%, con predominio en --- cadera izquierda en el 67% y afección bilateral en el 2%. (3)(2).

Etiología: A pesar del gran número de investigaciones --- realizadas para demostrar la etiología de este padecimiento, --- hasta la fecha no se ha logrado encontrar un factor o factores --- en los cuales encajen la mayoría de los casos, por lo que se --- habla de que son factores antropológicos, hereditarios y ambien- --- tales. (7).

La teoría antropológica supone que la estación bípeda --- coloca a la cabeza femoral en desventaja con respecto al acetá- --- bulo, ya que ésta apoya en la porción anterosuperior de la ceja --- cotiloiden, mientras que en la marcha cuadrúpeda el apoyo se --- realiza en la porción posterosuperior, que es más amplia.

Algunos de los autores refieren la importancia de los factores hereditarios en la producción de LCC. Carter, señala que en el 8% la luxación se transmite ligada al cromosoma X, además se ha encontrado en gemelos monocigóticos, que si uno padece la enfermedad, existe el 40% de probabilidades de que el otro la padezca también.

Wynne Davis ha enfatizado la presencia de una condición denominada "Displasia acetabular primaria" en la cual se encuentra alterado el desarrollo normal del acetábulo y que se transmite genéticamente siguiendo un factor multifactorial; señala también la importancia de la laxitud ligamentaria familiar en la génesis de la luxación.

Los factores ambientales pueden afectar el desarrollo de la cadera en la vida intrauterina o durante los primeros meses de vida extrauterina; es importante la cantidad de líquido amniótico, ya que se supone que la cantidad escasa que se encuentra en las primigestas aumenta la presión sobre la pelvis y los miembros, lo cual podría luxar las caderas. Se ha señalado, también la laxitud ligamentaria producida por la acción de las hormonas sexuales de la madre. Finalmente el parto pélvico ejerce presiones sobre las caderas flexionadas lo que supuestamente predispone a la luxación.

Entre los factores ambientales que actúan durante los primeros meses de la vida, se ha señalado la práctica de los obstetras de colgar a los recién nacidos con las caderas en extensión y con las rodillas juntas. Como se aprecia, los factores ambientales extrauterinos, probablemente actúan mediante estiramiento de la cápsula, ligamentos y músculos periarticulares.

Es muy importante tener en cuenta el cuadro pronóstico de ----
(Levine).

Etapa Oro: Pronóstico excelente: Diagnóstico y tratamiento antes de la segunda semana.

Etapa Gris: Pronóstico regular: Diagnóstico y tratamiento entre la segunda y décima semana.

Etapa Negra: Pronóstico regular: Diagnóstico y tratamiento entre los tres y seis meses.

Etapa Roja: Pronóstico malo: Diagnóstico y tratamiento después de los seis meses. (3) (3)

Para descubrir una cadera inestable o luxable se utilizan los --
siguientes métodos o signos de diagnóstico.

Maniobra de Barlow: El infante es puesto de espaldas con las ---
caderas en flexión de 90o, las rodillas totalmente flexionadas,--
se coloca el dedo médio de cada mano sobre los trocánteres ----
mayores y los pulgares sobre los trocánteres menores; se colocan
las caderas en abducción media y se ejerce presión gentil sobre
las caderas con los pulgares, tratando de luxar la cabeza femo--
ral a través de la ceja posterior del acetábulo al liberar la --
presión, la cabeza femoral se desplaza nuevamente hacia el ----
acetábulo. (5) (7) (3)

Maniobra de Ortolani: Con el recién nacido en decúbito dorsal se
colocan los dedos medios de las manos sobre los trocánteres ---
mayores y los pulgares sobre los trocánteres menores. Se flexio--
nan las rodillas y las caderas 90o y se llevan las caderas a la
abducción máxima. Al reducirse la cadera luxada en abducción se
produce un chasquido palpable, y en ocasiones audible, así mismo
al colocarse nuevamente la cadera en aducción se producirá un --
nuevo chasquido atribuible a la salida de la cabeza femoral a --
través de la ceja posterior acetábular. (8) (7) (5) (4)

FIGURA 1
SIGNO DE ORTOLANI

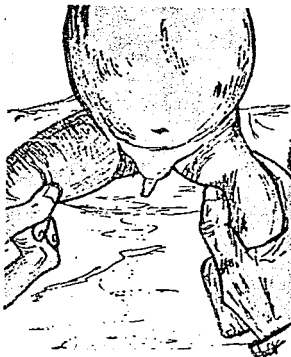


FIGURA 2
LIMITACION DE LA ABDUCCION
DE LA CADERA LUXADA



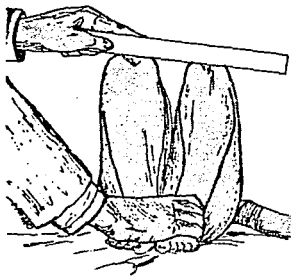
- Cadera izquierda luxada.
- El núcleo de la cadera femoral no se encuentra en el cuadrante inferointerno.
- Angulo a-c mayor de 28°.
- Aumento de la distancia diáfisis-isquión.
- Arco de Shenton roto.

Maniobra de Galeazzi: Es el descenso de una rodilla al colocar al niño en decúbito dorsal con las caderas y rodillas flexionadas y juntas, es útil en caso de enfermedad unilateral. (7)

Maniobra de Trendelenburg: En condiciones normales, al apoyarse sobre un pie, el glúteo medio del mismo lado eleva la pelvis del lado opuesto y equilibra el tronco sobre la cadera que carga el peso, si el glúteo medio está dibilitado y el paciente se sostiene sobre el miembro pélvico afectado, el lado opuesto de la cadera desciende (prueba positiva). (7) (3)

Maniobra Pistón o Embolo: Movilidad en telescopio cuando la extremidad es impulsada en forma de pistón, con la cadera en aducción, cefalocaudalmente. También se estabiliza la pelvis y se toma el miembro por el tercio distal del muslo. (7) (8)

FIGURA 3
DESIGUALDAD DE LONGITUD DE LOS MUSLOS;
SIGNOS DE GALEAZZI O DE ALLIS



la marcha se ha descrito como marcha de pato, ánade o de marinero. La prueba de Trendelenburg es positiva: al colocar al pequeño sobre un

Duchene: Significa debilidad del glúteo medio durante la marcha -- conforme se deambula y se carga peso sobre la extremidad afectada, el glúteo medio débil no puede estabilizar la pelvis sobre la --- extremidad que soporta el peso, en cada fase de impulso de la --- marcha el paciente hace compensación mediante flexión del tronco -- hacia el lado contrario con lo que recupera el centro de gravedad. (7)(3)(6)(5)(4)

Diagnóstico Radiológico

Los hallazgos radiográficos en la cadera del recién nacido son --- contraversiales, ya que las estructuras óseas observadas en las -- radiografías presentan sólo los centros de osificación, y no pue-- den reflejar adecuadamente la configuración y el tamaño real del -- marco cartilaginoso de la cadera. Los trazos radiográficos que --- puedan realizarse en la pelvis del recién nacido incluyen el ---- índice acetábular, las relaciones de metafisis femoral proximal -- con respecto a la línea vertical de Perkins y las líneas "H" y "D" de Hilgenreiner.

Primeramente se traza la línea "Y" o de Hilgenreiner, Horizon-- tal, a través del centro de los cartílagos triradiados. El índice acetábular es el ángulo formado entre una tangencial a los bordes del acetábulo óseo, aunque se encuentren variados renortes de ---- normalidad, para el niño menor de 30o es un valor adecuado.

Línea de Perkins: Se traza desde el borde externo del acetábulo -- óseo, perpendicularmente a la línea de Hilgenreiner, dividiendo -- así a la cadera en cuatro cuadrantes; normalmente de la cabeza --- femoral se localiza en cuadrantes inferointerno. La distancia "H" -- de Hilgenreiner es la distancia entre la metafisis del fémur ---- proximal y la línea de Hilgenreiner, aunque algunos autores ---- refieren que debe medir un centímetro, ésto es variable, por lo -- que es sólo marcadamente disminuido con respecto al lado opuesto.

La distancia "D" de Hilgenreiner se mide desde la línea "H" --

hasta el fondo del acetábulo, al igual que la distancia "H", sólo es útil en caso de luxación unilateral.

La Línea de Shenton se traza siguiendo el borde inferior del cuello femoral y el borde superior del agujero obturador.

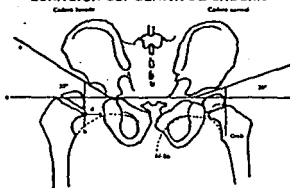
Normalmente la línea es continua o tiene una variación hasta de cuatro milímetros. En caso de luxación esta línea se encuentra rota.

Estudios Radiográficos

- Pelvis en Neutro.
- Pelvis en abducción (Rana sentada o batracio). (1) (2) (5) (6)
(7) (3)

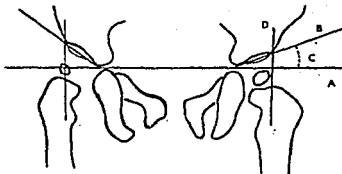
.....

FIGURA 4
 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LA
 LUXACION CONGENITA DE CADERA

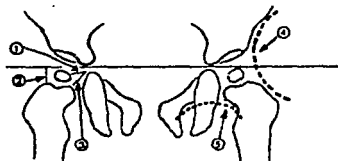


- a) Línea de Hilgenreiner.
 b) Línea de Perkins o de Ombredanne.
 c) Línea tangente al techo cotiloideo.
 d) Distancia existente entre diafisis femoral e isquión.
 Sh) Arco de Shenton normal.

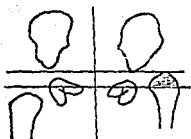
Los aspectos radiográficos son:
 Cadera derecha, luxación congénita. Cadera izquierda, normal. Los detalles se
 ilustran en las figuras que siguen.



A. Línea de Hilgenreiner, que une los cartílagos trirradiados. B. Línea que va desde el cartílago trirradiado y que pasa entre los dos pilares externos del acetábulo. C. Índice acetabular. Es el ángulo formado por las dos líneas anteriores. Al nacimiento = 30°. Primer año de la vida = 20°. D. Línea de Perkins. Línea que pasa por el borde más lateral del acetábulo, y que formó con la línea de Hilgenreiner los cuadrantes de Pottli. Normalmente el núcleo de osificación de la cabeza femoral se encuentra en el cuadrante distal y medial.

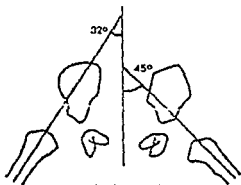


1. FAC: Fondo de acetábulo y cabeza. 2. Línea M. Debe medir como mínimo 5 mm, y va del punto más alto de la génesis a la línea Y (de Hilgenreiner). En la luxación congénita disminuye y puede hacerse negativa. 3. FAM: Fondo de acetábulo y metafisis. El FAC y el FAM aumentan en la luxación congénita. 4. Arco de Shenton: Arco continuo que se forma al unir el borde externo del ilíaco con el borde lateral del cuello femoral. 5. Arco de Shenton-Morgan. Cuando también cervicoburador, se forma por la unión del borde intermedial del cuello femoral con el borde superomedial del agujero obturador.



Von Rosen I

Von rosen I. Se traza una línea de Hilgenreiner y se traza otra línea paralela a la anterior y que pase por el borde superior del pubis. La diálisis femoral debe quedar por debajo de esta segunda línea.



Von Rosen II

Von Rosen II. Con las caderas en abducción máxima, normalmente el eje femoral corta el techo acetabular a el reborde cefálico, formando con el eje sagital un ángulo de 45° a nivel de L4. Cuando hay luxación o subluxación, el eje femoral es tangente a la ceja cefálica o pasa por fuera; el ángulo formado con el eje sagital disminuye a 40° o menos y la intersección es por encima de L3.

Ambos signos son difíciles de descubrir correctamente, por lo explicado en relación con las estructuras cartilaginosas en el recién nacido.

O B J E T I V O S

1.-Conocer la Incidencia de Luxación Congénita de Cadera que llega a Primer Nivel de atención médica (Control del niño sano) sin ser diagnosticado.

2.-Efectuar el Diagnóstico y Tratamiento oportuno en edades de --- recién nacido a los seis meses, donde la función es más ---- recuperable.

3.-Conocer con detalles los diferentes signos clínicos que el ---- médico de primer contacto pueda utilizar para el diagnóstico -- de este problema.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudiaron a 200 pacientes derechohabientes en un periodo de -- tiempo del 10 de marzo al 15 de diciembre, con edades de recién -- nacido a los seis meses de edad, no importando el sexo, los cuales fueron traídos por sus padres o familiares a consulta externa de -- medicina familiar o consulta externa de pediatría del HGG/MEF No 68 , para dar cumplimiento al programa control del niño sano, no se -- incluyeron recién nacidos o lactantes menores que no fueran ascri-- tos a la unidad; excluyéndose a pacientes con enfermedades congé-- nitas asociadas a luxación congénita de cadera y pacientes mayores de seis meses con complicaciones de LCC.

A todos ellos se les asignó un mismo consultorio donde el --- responsable del estudio o el colaborador efectuaron maniobras ---- clínicas específicas para valorar LCC. Los signos que se usaron -- fueron (Barlow, Ortolani, Galeazzi, Trendelenburg).

Los pacientes que resultaron dudosos se les indicó placas --- radiográficas de cadera en neutro y en abducción (batercio).

Todos los pacientes con signos clínicos o radiológicos de LCC fueron enviados para valoración y manejo a Tercer Nivel.

La incidencia fué calculada por la siguiente formula.

$$\text{Incidencia} \frac{\text{No de casos nuevos}}{\text{Población}} \times 100, 1000, 10000, = \frac{16 \times 100}{200} = 8$$

R E S U L T A D O S

De los 200 pacientes estudiados, en 16 se encontró alteración de la cadera con una incidencia del 8%.

Globalmente en cuanto al sexo, 12 fueron femenino y 4 masculino. En 13 de ellos se encontró LGC unilateral con una tasa del 31.25%, de los cuales 11 fueron del sexo femenino con tasa 84.61% y 2 del sexo masculino con tasa 15.38%; 11 con LGC unilateral izquierda con tasa del 84.61%, Siendo de estos 9 pacientes del sexo femenino con tasa del 81.81%, 2 pacientes del sexo masculino con tasa del 18.18%, 3 pacientes con LGC bilateral con tasa del 18.75% de los cuales 3 pacientes fueron del sexo femenino con tasa del 100%.

En cuanto a edades: 9 pacientes entre (0-2 meses) con tasa 56.25% que entraron dentro de etapa gris con pronóstico excelente para los detectados hasta la 20 semana y pronóstico regular para los detectados entre 2-12 semanas.

4 pacientes entre (2-3 meses) que entraron dentro de la misma etapa, pronóstico regular con tasa 25%.

3 pacientes entre (3-5 meses) con tasa del 18.75% que entraron dentro de etapa negra, pronóstico regular, con diagnóstico y tratamiento entre los (3 - 6 meses).

INCIDENCIA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA EN EL CONTROL DEL
HIJO SAHO

HGZ/LEF No 68 IESS (de marzo a diciembre 1989)

PACIENTE	EDAD	SEXO	CADERA	SIGNOS CLINICOS				ESTUDIO
				BARLOW	ORTOLANI	GALBRAZZI	TRENDE	RX
1	2/12	FEM	IZQ	X	X			
2	2/12	FEM	IZQ	X	X			
3	3/12	FEM	IZQ			X		
4	NAC.	FEM	IZQ	X	X			X
5	1/12	FEM	BIL	X	X			
6	1/12	FEM	IZQ	X	X	X		
7	2/12	FEM	BIL	X	X			
8	NAC.	MAS	IZQ	X	X			X
9	2/12	FEM	DER	X	X	X		
10	1/12	FEM	IZQ		X			
11	2.5/12	FEM	IZQ	X	X			
12	3/12	FEM	DER	X	X			
13	2/12	MAS	IZQ	X	X			X
14	3.5/12	FEM	BIL	X	X			
15	4/12	FEM	IZQ		X	X		
16	4/12	FEM	IZQ	X	X			

FUENTE: ESTUDIO DE 200 CASOS POSITIVOS 16 CASOS

DISCUSION Y ANALISIS

En nuestro estudio encontramos efectivamente una frecuencia mayor de presentación de Luxación Congénita de Cadera en el sexo femenino del 3:1 en relación con el sexo masculino, resultando ser más frecuente la presentación en nuestro estudio que en la literatura que habla del 4-8:1. El proceso se encontró en forma unilateral en el 81.25% con reportes más altos que en la literatura Nacional del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas (HOMS) en la que reportan 73%, con predominio en cadera izquierda de 84.61 contra el reporte del HOMS del 67% y en forma bilateral de 18.75% contra el 2% que se habla en la literatura del HOMS.

Creemos que los datos encontrados en nuestro estudio son más altos en comparación con las cifras encontradas en la literatura nacional y mundial debido a que nuestra población es menor y nosotros lo hicimos en forma intencionada. Pero al no tratarse de un estudio intencionado como el nuestro, buscando la patología creemos que esta cifra descendería notablemente en nuestro Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 68, ya que en la CE de Medicina Familiar no se buscan los signos clínicos que nos hacen sospechar de LCC y los médicos que lo efectúan son muy pocos; El motivo creemos que es el desconocimiento de los signos sugestivos de LCC o que no se diagnostica lo que no se tiene en mente.

Nosotros utilizamos los signos clínicos de Barlow y Ortolani por la facilidad de su interpretación, en la minoría de los pacientes se utilizó Galeazzi por ser más difícil su interpretación, dejando el signo de Trendelenburg para el Ortopedista, estos dos últimos tienen más valor en pacientes mayores.

C O N C L U S I O N E S

La incidencia de Luxación Congénita de Cadera en la población Total del HGZ/MP No 68 es del 8%.

Para efectuar el Diagnóstico y tratamiento oportuno se recomienda a los Médicos Familiares, Efectuar maniobras clínicas de Barlow y Ortolani, ya que no ofrece ninguna dificultad y se puede interpretar fácilmente en el consultorio en busca de LCC en todos los niños en edades desde recién nacidos hasta los seis meses de edad que acudan al programa control del niño sano.

R E F E R E N C I A S

- 1.-Cyriax J. La Articulación Sacroiliaca, La nalga y la cadera -
En Cyriax, Medicina Ortopédica. México : Fragua, 1968:474.
- 2.-McCarroll HR. Primary Anterior Congenital Dislocation of the --
Hip in Infancy. J Bone Joint Surg. 1980;2-A:354-356.
- 3.-Artz T, Levine D. Neonatal Diagnosis Treatment and Related ---
Factores of Congenital Dislocation of The Hip. Clin Ortho Relat
Res. 1975;115:112.
- 4.-Paquet JP. La Détection Le Traitement et L'avenir de la luxa ---
tion Congénitale de la Hanche Diagnostiqué Avant L'âge de la --
Marche. Rev Méd de Liege. 1979;34: 357-363.
- 5.-Salter RB. Luxación Congénita de Cadera. En Salter RB. Trastor---
nos y lesiones del Sistema Musculo Esqueletico. México: Salvat,
1982: 107-115.
- 6.-Valls JE. Luxación Congénita de Cadera. En Valls JE. Ortopedia -
y Traumatología. México: Ateneo, 1980: 202-214.
- 7.-Gutierrez CS. Detección Temprana de la Luxación Congénita de la
Cadera. Rev Sal Publica. México 1986;23: 141-146.
- 8.-Gómez VL. Luxación Congénita de Cadera. IMSS, Anuario de Actua-
lización en Medicina Ortopédica y Traumatología. 1986;10: ---
81-105.

.....

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA