

Nº 5
261

DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOLOGICO DE
DISPLASIA DE LA CADERA DEL PERRO DOMESTICO

TRABAJO FINAL ESCRITO DEL III SEMINARIO DE TITULACION
EN EL AREA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PEQUEÑAS ESPECIES

PRESENTADO ANTE LA DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA
DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE
MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA
POR

MARIA DE JESUS ALBARRAN ALONSO

ASESOR: M.V.Z. GABRIEL I. RAMIREZ FLORES

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

Página

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
ETIOLOGIA	4
FISIOPATOLOGIA	8
DIAGNOSTICO CLINICO	10
EXAMEN FISICO ORTOPEDICO	11
DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO	13
TRATAMIENTO	18
CONCLUSION	20
CASO CLINICO	22
LITERATURA CITADA	26

RESUMEN

ALBARRAN ALONSO MARIA DE JESUS. "Diagnóstico Clínico y Radiológico de Displasia de la Cadera del Perro Doméstico: Reporte de un caso clínico y revisión bibliográfica. III Seminario de Titulación en el Area de Medicina y Cirugía de Pequeñas Especies".

Asesor: M.V.Z. Gabriel I. Ramírez Flores

En este trabajo se hace una revisión bibliográfica refiriéndose al padecimiento de la Displasia de la Cadera Canina, que es más frecuente en cachorros de 2 a 9 meses de edad, la cual no es notable al nacimiento, sino que esta aparece durante el desarrollo del paciente afectandolo o favoreciendolo el medio ambiente principalmente en razas grandes y pesadas.

Es una enfermedad multifactorial y poligenética, la cual hasta hoy en día es causa de controversia. El pronóstico de esta enfermedad en cualquier paciente debe ser reservado. Aunque no haya resultados favorables para la displasia de la cadera, se debe comunicar al propietario que con un manejo adecuado y en caso de seleccionar la terapia quirúrgica, esta ayudaría al paciente a seguir su vida normal y convivir con su problema.

INTRODUCCION

La displasia de la cadera es una anomalía de las articulaciones de la cadera de los perros, es la más común en razas grandes. Esta condición no es evidente al nacimiento pero se desarrolla con la edad, es una enfermedad congénita multifactorial, poligenética que se presenta con una subluxación de la cabeza de fémur con relación al acetábulo. Esta enfermedad es hereditaria y puede ocurrir en la mayoría de los animales domésticos incluyendo al humano. (3, 6, 8)

Además la influencia de estos genes juegan un papel importante, siendo ellos factores ambientales en la variedad de la posición relativa de la cadera. (4, 8)

Sinónimias: Displasia coxo femoral, subluxación de la cadera, displasia del acetábulo, coxa magna displásica, coxa plana y coxa valga. La enfermedad afecta a la mayoría de las razas grandes y pesadas tales como: Newfoundland, Setter Inglés, Pastor Alemán, Setter Gordon, Viejo Pasto Inglés, Terranova Bullmastiff, etc.

Este problema fué reconocido en el hombre por Hipócrates aproximadamente 400 A.C. La displasia de cadera en el perro fué primeramente descrita por el Dr. Schenelle en 1935, transcurrieron más de 50 años en que Schenelle se refirió a este padecimiento en E. U., hasta que fué tomado en cuenta por los científicos y creadores durante los primeros 25 años, ya que el problema ha sido reconocido ampliamente y diseminado en un

gran número de razas. (3, 6)

En esta enfermedad no hay predisposición de sexo, la patogénesis de la displasia hasta hoy en día se desconoce. Algunos estudios han demostrado que la displasia de la cadera esta influenciada por la morfología, tamaño y patron de crecimiento.

La enfermedad afecta a muchas razas, pero con mayor frecuencia a los que pesan más de 12 kgs. y que tienen un mayor desarrollo en el crecimiento, asi como una buena alimentación rica en calorías, por lo tanto con una disminucción y control de los alimentos se favorecen los efectos de las fuerzas biomecánicas sobre las articulaciones potencialmente anormales.

En general este padecimiento de la cadera es bilateral y progresiva, se observan varios grados de laxitud en los tejidos blandos, capula articular y ligamento redondo. (6, 9)

ETIOLOGIA

La displasia de la cadera es una enfermedad que se ha venido estudiando desde su primer reporte en 1935, la cual hasta ahora se han realizado muchas investigaciones encaminadas a descubrir la causa de la enfermedad, pero son hasta hoy en día causa de controversia, la etiología de la displasia de la cadera es multifactorial o poligenética. En la que incluyen diversas causas como hereditarias, traumáticas, nutricionales, hormonales y aquellas que se desarrollan por efecto de la influencia del medio ambiente. (9)

HEREDITARIOS. Estos tienen influencia directa sobre la presentación, podemos hablar de la raza ya que se sabe que se presenta con más frecuencia en aquellos individuos cuya raza es predominante de rápido crecimiento, razas grandes y con un sobre peso aumentado, incluso en el hombre en donde también se han realizado investigaciones en niños con problemas displásicos. (6,8)

El índice de heredabilidad de esta enfermedad es de 0.1 y 0.33 %, por lo que los individuos clínicamente y radiológicamente libres pueden un gen no deseable. (15)

Otros investigadores dicen que la displasia de la cadera no es congénita propiamente, dado que el desarrollo normal de la articulación de la cadera depende de la congruencia completa entre el acetábulo y la cabeza de fémur, esto principalmente ocurre en los primeros 6 meses de edad; sin embargo, hay evidencias que muestran que la predisposición genética a la dislo-

cación congénita de la cadera es real. (6, 8, 15)

TRAUMATICOS. Para entender la magnitud del problema es necesario entender los factores biomecánicos normales de la articulación coxo femoral, ya que normalmente la articulación mantiene una estabilidad adecuada y un grado de movimientos adecuados en un animal sano. Para mantener la posición anatómica están involucrados los huesos y músculos que desarrollan sus fuerzas simétricamente, estas fuerzas causan un incremento en la carga total de la articulación de la cadera, el peso corporal es diseminado a los miembros pélvicos a través del sacroiliaco, tarso, metatarso y falanges en ambos lados. (3,4,6,8,9)

La causa también puede ser local debido a una fractura del fémur y a una cicatrización con alineación anormal del eje longitudinal del fémur, lo cual produce una pelvis asimétrica.

Otros investigadores señalan que anomalías musculares pueden ser el origen de la displasia, como son los músculos que forman parte del sistema abductor, del ileopsoas y del abductor magno, otros músculos que tienen acción directa sobre la articulación coxo femoral como son los pectíneos, también pueden sufrir alteraciones de tipo I y II ocasionando hipertrofia de los mismos, esto indica que los músculos tienen disminuida la capacidad para desarrollar tensión. (6, 11)

NUTRICIONAL. Se ha mencionado mucho en la literatura que un factor predisponente es la deficiencia de Ac. Ascórbico para su importancia en la síntesis de la colágena, la cual es un componente básico en la estructura de tendones, ligamentos re-

dondos y cápsula articular. Por otro lado la obesidad de los perros de razas grandes determina que el centro de gravedad se vea sometido a presiones exageradas dando como resultado una alteración en los componentes articulares. (6, 11)

HORMONALES. Se han sugerido que en perros con desbalances hormonal en el metabolismo de los estrógenos existe alteración de la cápsula causandole elongación y laxitud, las concentraciones de estrógenos están relacionados de alguna manera con cadera displasica en perros entre los 2 y 6 meses de edad. (6, 8, 9)

ENZIMATICOS. La enzima colagenasa se establece en el cartílago acetabular displasico de perros maduros, esta enzima no está presente en perros adultos normales, la colagenasa degrada al colágeno que sirve como matriz alrededor de la cual se soporta la formación de huesos y cartilagos. (6, 8, 11)

AMBIENTALES. Estos también son importantes, posiblemente de acuerdo con la susceptibilidad genérica del individuo. Pocos genes afectan al esqueleto, estos interactúan sinnergicamente entre sí, como son el factor genético, factor nutricional y el factor biomecánico, todo esto se considera importante por afectar el ritmo de crecimiento.

Tiene mucho que ver el medio ambiente en el cual se desarrollan los cachorros, se ha visto que los perros confinados durante su periodo de crecimiento con una dieta balanceada son menos propensos a desarrollar la displasia de la cadera, que los cachorros no confinados.

Se ha investigado que un cachorro con genotipo normal para la conformación de la articulación de la cadera puede desarrollar un fenotipo displásico si el medio ambiente lo favorece, también a su vez puede intervenir inversamente, y un cachorro con fenotipo predispuesto para la displasia de la cadera puede tener su fenotipo normal si los factores del medio ambiente favorecen a su desarrollo normal. (6, 8, 11)

FISIOPATOLOGIA

Los pacientes afectados por la enfermedad Displasia de la cadera, son al nacimiento muy semejantes, funcional y estructuralmente a los individuos que no desarrollan la enfermedad, la lesión característica es la laxitud articular de la cual esta dada por un efecto sinérgico que resulta de fallas distribuíbles a una descompensación articular degenerativa, tales fallas son cambios que surgen como resultado de alteración de orden hereditario, nutricional, enzimático y/o biomecánico e incluyen sinovitis no superativa, efusión sinovial, incremento en el volúmen de los ligamentos, ruptura de los ligamentos, lesión focal degenerativa del cartílago articular y adelgazamiento de la cápsula articular. (6, 8, 11)

La displasia de la cadera es una enfermedad que además de los cambios presentados y los signos clínicos típicos, se caracteriza por una o más de las siguientes lesiones: acetábulo poco profundo, laxitud de la articulación, grados variables de subluxación o luxación femoral, desgaste o ruptura del ligamento femoral o redondo, erosión del cartílago articular, eburnación del hueso subcondral, remodelación del borde acetabular, coxa plana, coxa magna, coxa valga, y producción de osteofitos periarticulares.

Estas lesiones son el resultado de las mencionadas alteraciones biomecánicas dadas por una trasversión de los puntos elementales de estabilidad que se originan al fallar los ángu-

los de inclinación anteversión de la articulación coxo femoral.
(6, 9, 11, 14)

Hay dispanad entre la masa muscular primaria y el crecimiento esquelético, la incapacidad de los tejidos blandos, cartílagos, tejido conectivo de soporte y músculos para mantener la relación normal entre la superficie articular de la cabeza del fémur eventualmente enfermedad articular degenerativa, lo que posteriormente va a desembocar en signos atoxicos del tren posterior.

Como dato adicional es conveniente mencionar que las dietas ricas en energía exacerban los procesos distróficos en perros susceptibles.

La cojera repentina y el dolor intenso son los signos característicos de la enfermedad, se cree que resultan de microfracturas de la superficie acetabular y el estrechamiento de las cápsulas articulares, dichas fracturas no son visibles radiográficamente. (4, 6, 8, 9)

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico clínico de la displasia de la cadera está dada basicamente en la historia clínica, examen físico y estudio radiográfico, es importante tomar en cuenta la raza, edad, peso y el medio ambiente que lo rodea.

La historia clínica incluye los signos clínicos que presenta el paciente, estos son variables y van desde una ligera molestia hasta una molestia franca o severa, estos varían dependiendo con la edad del animal y hay dos tipos de presentación clínica:

- Cachorros entre los 4 y 12 meses de edad.
- Perros mayores de 18 meses.

Los cachorros presentan signología aguda, caminan bamboleantes, presentan dolor en miembros posteriores, al correr presentan el salto del conejo presentando dolor a la abducción y extensión en la articulación, en la mayoría de los casos son unilateral, presentan una disminución marcada de la actividad, renuencia al caminar, correr, saltar y subir escaleras. (6,8)

Los perros maduros presentan una signología diferente, estos pueden ser unilateral o bilateral, en estos casos los signos clínicos son erróneos. Estos pacientes presentan dolor al incorporarse después de estar echados por largo rato, intolerancia al ejercicio, dolor al subir y bajar escaleras, dolor a la palpación de la cadera, hay una atrofia muscular marcada en los miembros pélvicos, en los músculos del muslo y una baja de peso del animal. (3,6, 8)

EXAMEN FISICO ORTOPEDICO

Este se realiza tanto en estática como dinámica.

DINAMICA. Se puede observar la incoordinación de los miembros posteriores, corroborando la historia clínica (dolor, intolerancia e hipertrofia de los músculos, crepitación de las articulaciones, etc.

ESTATICA. Se realiza el exámen colocando al paciente en recunvencia lateral para poder evaluar los movimientos normales de la articulación, estos son movimientos de flexión, extensión y rotación de los miembros, esto es usado para detección de la laxitud articular, crepitación y dolor. (4, 6, 8, 11)

Bardens y Hartwica estiman que la laxitud de la articulación de la cadera tiene un pronóstico limitado, este es el primer signo en esta enfermedad y se presenta en cachorros de cualquier edad, en los cuales la articulación es muy apretada, sin embargo existe la posibilidad de que esta articulación se desarrolle normal. (3,8)

La evaluación del signo ortolani que por lo regular es positivo cuando hay displasia de la cadera, consiste en un "CLIC" producido por el movimiento de la cabeza femoral y deslizamiento del mismo con relación al acetábulo aplicando aducción y presión proximal seguida por una abducción. (6, 13)

En casos severos este signo suele ser negativo, presentando diferentes grados de destrucción de la superficie acetabular con un adelgazamiento fibrótico de la cápsula

articular, movimiento limitado y una posible luxación de la ca
beza femoral, esto es evidente a través de un estudio radioló-
gico. (13)

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Es el método más aceptado a nivel mundial que es el de más utilidad para descartar o ratificar un diagnóstico.

Es importante que nuestra placa radiológica sea de buena calidad diagnóstica, para esto es necesario tomar en cuenta la posición del paciente, debe ser con el perro anestesiado para facilitar la posición exacta y evitar los movimientos.

Se considera que una placa de calidad diagnóstica es aquella cuya postura adecuada es:

- Posición ventero dorsal en la que se aprecia una vista simétrica de la pelvis.
- Las alas del ileon deberan verse paralelas, del mismo ancho y al mismo nivel.
- Ambas articulaciones sacroileacas sean visibles.
- Los agujeros obturadores deben verse del mismo tamaño y forma.
- Fémures paralelos en extensión con la rótula en el centro de las correderas.

Los cambios básicos que se buscan en una radiografía para la displasia de la cadera son:

- Poca profundidad del acetábulo.
- Distorsión de la cabeza del fémur de su contorno normal.
- Variación de la relación normal de la cabeza femoral con el acetábulo.
- Evidencia de osteartrosis.

Existen grados de displasia de la cadera basándose en la subluxación y los cambios secundarios en el hueso, en la edad y raza del paciente.

En casos severos el diagnóstico puede hacerse a la edad de 3 o 4 meses, pero un perro puede tener cerca de 18 meses de edad, antes de que pueda hacerse un "Diagnóstico definitivo" de una articulación de la cadera normal.

En perros mayores de cinco o seis años, es difícil decir si la osteoartritis de la cadera es primaria o secundaria a la displasia.

Existen Asociaciones que clasifican a la displasia de diferente manera.

La OFA emplea 7 grados de Displasia, 3 grados para pelvis normales y 4 grados para pelvis displásicas.

CADERA EXCELENTE. Donde la cápsula acetabular tiene una forma de C bien marcada en la cabeza femoral y debe de estar en un 75% bien asentada dentro del acetábulo.

CADERA BUENA. La cabeza femoral debe de estar en un 60-75% dentro del acetábulo.

CADERA REGULAR. Con menores irregularidades en la articulación de la cadera, comparando con otros perros de la misma raza y edad. Estos ejemplos incluyen artritis sin evidencia de subluxación, la capa acetabular se reduce sin evidencia de laxitud.

CONFORMACION INDETERMINADA. Donde recomiendan un estudio a los 6-8 meses siguientes si el perro es menor de 2 años.

DISPLASIA DE CADERA MEDIA. Donde se aprecian cambios menores en la articulación coxofemoral en un 40-50%.

DISPLASIA DE CADERA MODERADA. Cambios en la articulación de la cadera de una moderada subluxación de 25-40% a una subluxación evidente por un cambio secundario, estos cambios degenerativos están bien definidos radiográficamente.

DISPLASIA DE LA CADERA SEVERA. Hay cambios degenerativos bien marcados, radiográficamente es evidente una severa subluxación de 25% a subluxación moderada.

El Sistema Alemán tiene 5 categorías.

- Libre de displasia (normal).
- Sospechoso de displasia (casi normal).
- Displasia ligera (permisible).
- Displasia moderada.
- Displasia severa.

Se basa principalmente en los cambios óseos sin importar la edad del paciente.

El Sistema de SCHENELL es un poco más vago, ya que únicamente se basa en los cambios radiográficos agrupados en la forma arbitraria en cuatro grados de animales afectados.

PELVIS NORMAL. Sin cambios y con una conformación hermosa.

DISPLASIA DE CADERA GRADO I. Grado mínimo de laxitud con exostosis "ligeras".

DISPLASIA DE CADERA GRADO II. Con un grado de subluxación mayor, exostosis y engrosamiento mínimo del cuello femoral.

DISPLASIA DE CADERA GRADO III. Subluxación evidente acompañada de cambios generativos severos en cabeza femoral y acetabulos.

DISPLASIA DE CADERA GRADO IV: Puede presentar luxación coxofemoral, cambios considerables de remodelación y proliferación ósea.

Un estudio radiográfico estándar debe de incluir las siguientes posiciones:

PROYECCION VENTRO DORSAL (VD). Es la posición más empleada, en la que se basan la mayoría de las clasificaciones de la enfermedad, así como para conocer el índice de Norberg.

PROYECCION LATERAL (LAT). Posición complementaria para apreciar la anteversión o retroversión femoral.

PROYECCION VENTRO DORSAL (VD) EN POSICION DE RANA. Posición con miembros flexionadas y en abducción, permite apreciar cambios en superficie articular femoral.

PROYECCION CRANEO CAUDAL (Cr - Cd) O DE SLOCUMPOSICION. En recumbencia ventral con la cadera en hiperflexión y las rodillas en extensión, de tal manera que la pelvis quede perpendicular a la mesa de Rx, se emplea para observar el borde acetabular.

INDICE DE LAXITUD ARTICULAR. Dos proyecciones en posición ventro dorsal flexionando las rodillas a 90 grados. La primera se logra ejerciendo compresión articular y la segunda se toma aplicando distracción a la articulación.

La palpación en una edad temprana (Barnens y Hardwick)

por ejemplo, estimación de la laxitud de la articulación de la cadera, tiene un pronóstico límite exacto en cachorros en los cuales la articulación es muy apretada.

Existe la posibilidad de que estas articulaciones se desarrollen en forma normal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Mielopatía degenerativa canina.

Luxación coxofemoral.

Fractura de cabeza de fémur.

Protusión de discos intervertebrales.

TRATAMIENTO

El tratamiento para la displasia de la cadera puede ser conservador o quirúrgico.

El tratamiento conservador varía según la severidad de los síntomas y la edad del paciente, por lo general este tratamiento es paleativo.

Con una administración de analgésicos y/o antiinflamatorios como el ácido acetil salicílico, salicilato de sodio, fenilbutazona, aspirinas, cortizona y bulozolidona, todos estos medicamentos ayudan a disminuir el dolor del paciente, y a su vez disminuye la claudicación, el paciente debe tener una terapia que consiste en la restricción de la actividad física y una disminución del peso corporal, tomando en cuenta la raza y edad del paciente.

El tratamiento quirúrgico, esta encaminado a mejorar o estabilizar la articulación coxofemoral en aquellos pacientes que se encuentran severamente afectados.

Las técnicas que se han utilizado para corregir los defectos de las articulaciones displásicas de la cadera son las siguientes:

Pectinectomía, imbricación de la cápsula articular, osteotomía angular del fémur proximal, osteotomía doble o triple de pelvis, escisión ortoplástica de cabeza y cuello femoral y reemplazo total de cadera.

Es importante mencionar que ningún tratamiento quirúrgico ha probado ser de gran utilidad en todos los casos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El último tratamiento quirúrgico que se esta practicando es el reemplazo total de cadera, que se ve esta dando buenos resultados, por ahora es un buen tema de discusión.

CONCLUSION

Dentro del ámbito ortopédico canino, la relación existente entre el desarrollo óseo y muscular es de gran importancia para el mantenimiento de una adecuada estabilidad.

Frecuentemente esta relación se disocia y afecta preferencialmente a pacientes en desarrollo entre los 2 y 18 meses de edad, y antes de manifestar los signos clínicos es relativamente difícil -y debido a la ausencia de dolor- descubrir alteraciones en el aparato locomotor, dado que los primeros hallazgos son las manifestaciones clínicas de esta enfermedad como ataxia de los miembros pelvicos o cojera repentina con dolor y en muchos casos renuencia al movimiento, es variada la Etiología de la Displasia de la cadera, se han mencionado como predisponentes factores genéticos, nutricionales, hormonales, enzimáticos y muy frecuentemente de tipo biomecánico debido a que el centro de gravedad del perro reside en el sacro, la cadera recibe casi por completo el peso total del cuerpo a través de la diseminación de fuerzas, las cuales son de gran influencia en el desarrollo de una patología que afecta directamente a la articulación de la cadera en ambos lados.

Los hallazgos radiológicos incluyen grados variables de daño considerados como degenerativos y que se encuentran principalmente en la articulación. Estos hallazgos son laxitud articular, poca profundidad del acetábulo, distorción de la

cabeza del fémur de su contorno normal y evidencia de osteoartrósis.

El diagnóstico acertado y la buena administración de un tratamiento conservador o quirúrgico, podrán darle al paciente una mejor calidad de vida.

CASO CLINICO

El siguiente caso clínico fue presentado al Hospital del Departamento de Medicina y Zootecnia para Pequeñas Especies de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Autónoma de México, el día 2 de abril de 1992 con el número de expediente 920550 y la siguiente reseña:

Especie:	Perro
Raza:	Mastin Napolitano
Sexo:	Macho
Edad:	8 meses
Nombre:	Tosco
Color:	Gris
Peso:	40 a 45 Kgrs.

El paciente ha sido vacunado contra moquillo, hepatitis, letospira y la vacuna de parvovirus canino en el mes de enero de 1992.

El dueño lo tiene desde hace 6 meses y vive con otros 2 perros. Dieta: alimento comercial y arroz con tortilla 2 veces al día.

Al examinar todos los sistemas se encontraron normales, con excepción del sistema músculo esquelético.

El motivo de la consulta fue que presenta claudicación grado III de los miembros posteriores.

El problema se inicio hace 3.5 semanas presentando claudicación grado III, el dueño lo llevaba con su M.V.Z. le re-

cet6 Calciosol 2 comprimidos en la mañana y 2 en la tarde durante 3 a 5 semanas, neomelubrina para adulto 1 comprimido al presentarse dolor.

En el Exámen Físico General sus constantes fisiológicas fueron:

Frecuencia cardiaca: 120/min.

Frecuencia respiratoria: 16/min.

Temperatura: 38.9°

Tiempo de llenado capilar: 2 seg.

En el Exámen Ortopédico en Dinámica, presentó claudicación de grado III en ambos miembros posteriores, dolor en ambas articulaciones coxofemorales, laxitud en articulaciones coxofemoral bilateral.

Lista de problemas:

- Claudicación grado III en ambos miembros posteriores.
- Dolor en articulación coxofemoral bilateral.
- Laxitud muscular.

Lista Maestra:

- Claudicación grado III (2,3)

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES.

- Displasia de la Cadera Bilateral Grado II, III, IV -Rayos X y Exámen Ortopédico luxación coxofemoral - Rayos X y Exámen Ortopédico fractura antigua de cabeza femoral - Rayos X y Exámen Ortopédico.

- Legh Phertes Bilateral - Rayos X y Exámen Ortopédico Enfermedad Lunbosacra - exámen ortopédico, exámen neurológico y rayos X.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- Displasia de la cadera bilateral. Se realizó el Estudio Radiológico Rutinario de Pelvis el día 2 de abril de 1992 (bajo tranquilización con Ketamina + Diazepan + atropina). Observándose en la vista Ventro-Dorsal una displasia bilateral de cadera grado IV, se explicó al dueño el procedimiento quirúrgico para corregir el problema, por lo que el dueño quedo en llamar si decide que se realice el procedimiento quirúrgico.

Próxima cita abierta.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Retirar tratamiento con calcio, se le indicó que la próxima cita es muy importante traer al paciente Dietado para evitar cualquier complicación como vómito en la anestesia (retirar alimento a las 12:00 AM y el agua a las 6:00 AM).

Mantener al paciente en un lugar restringido para evitar movimientos.

PC ABIERTA

CONCLUSION

Se puede considerar que el procedimiento quirúrgico será lo mejor en este paciente, ya que presenta este padecimiento desde hace tres semanas y media. De acuerdo a la Literatura Citada sería lo más adecuado un reemplazo total de cadera bi--

lateral, si el dueño se decide para que se practique el procedimiento quirúrgico, tendríamos la oportunidad de ver el progreso del paciente.

LITERATURA CITADA

1. Alexander, J.M.: Leanardis, Orthopedic Surgery of the Dog and Cat, 3ed. WB. Saunders, Philadelphia (1985).
2. Bojrab, M.J.: Current Techniquess in Small Animals Surgery Lea and Febiger, Philadelphia (1975).
3. Broes, W. Hi Dysplasia In Dogs J.S.A.P. Vol 30, pp 166-170 (1989).
4. Catcott, E.U. Canine Medicine. American Veterinary Publications, Santa Barbara Calif. (1979).
5. Gheorghe M. Constantines CU. Drm, phd Canine Hip Dysplasia, the Compendium Small Animal pag. 643-653
6. Janet L. Rettenmaier- DUM. Canine Hip Dysplasia the compendium. Small Animal. pag. 643-653
7. Joey Burt Dum. Symposium on Hip Dysplasia the Dysplastic Hip: a Crippling problem in Dogs; Veterinary Medicine, Jul. 1987.
8. Kirk, R.W.: Current Veterinary Therapy Small Animal Practice, 5 th. ed W.B. Saunders, Philadelphia, (1974).
9. Kyle G. Braund Dum Ph Hip Dysplasia and Degenerative Myelopathy: Making the Distinction In Dogs.
10. Leighton Robert L. U.M.D. Compendio de Cirugía de Animales Pequeños. Ed. Hemisferio Sur.
11. Piedrola García Martha Patricia, Displasia Coxofemoral en Perros, Revisión Bibliográfica; UNAM - FMUZ México 1981.

12. Slatter, DH. Tex Book of Small Surgery, Ed. M. Sounders Philadelphia 1985.
13. Steven M. Fox. MS. DUM: Symposium on Hip Dysplasia. The Dysplastic Hip; A Crippling Problem In Dogs; Veterinary Medicine (Jul. 1987).
14. W. Brass. Journal of Small Animal Practice 1989, pp 166-170.
15. Yelin Z. Samuelo. Arthoplastia del Techo del Acetábulo "Bop" Tratamiento Quirúrgico de la Displasia de la Cadera.
Memorias del XXII Congreso Nacional del AMMVEP, Acapulco, Guerrero, Mayo 22, 23, 24, 25 de (1991) pág. 67-71.