

11245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

21
29

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
"MAGDALENA DE LAS SALINAS"

**ANALISIS DE SECUELAS DE LUXACION CONGENITA
DE CADERA EN EL ADULTO JOVEN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL CRUZ MENDOZA



IMSS

ASESOR: DR. LUIS GOMEZ VELAZQUEZ

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

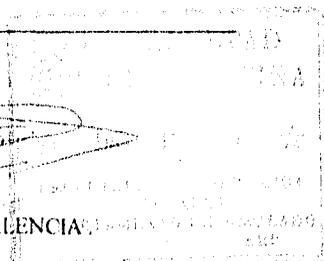
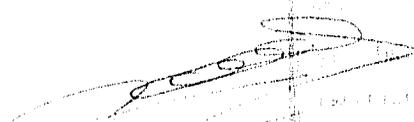
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

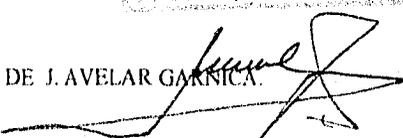
TITULAR DEL CURSO .

DR . JORGE AVIÑA VALENCIA



PROFESORES ADJUNTOS .

DR . MUCIO DE J. AVELAR GARNICA.



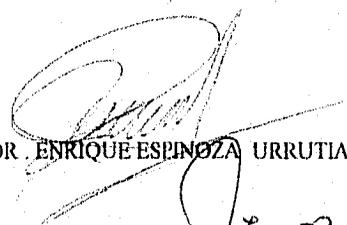
DR . ENRIQUE ESPINOZA URRUTIA.

JEFES DE DIVISION DE
EDUCACION EN
INVESTIGACION

DR . RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA.

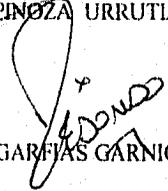


DR . ENRIQUE ESPINOZA URRUTIA .

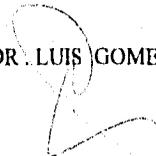


JEFES DE EDUCACION
MEDICA E INVESTIGACION.

DRA. MA. GPE . V. GARFÍAS GARNICA.



DR . LUIS GOMEZ VELAZQUEZ .

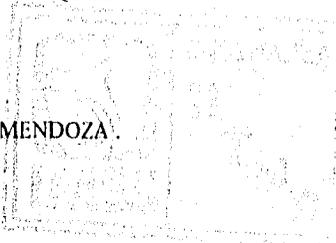
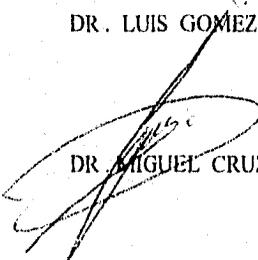


ASESOR DE TESIS .

DR . LUIS GOMEZ VELAZQUEZ .

PRESENTA .

DR . MIGUEL CRUZ MENDOZA .



AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES :

MIGUEL CRUZ Y HERMINIA MENDOZA .

Gracias por su Confianza y Amor Infinito , el cual nunca defraudaré y que el ejemplo de superación constante siempre estará en mi mente y sera una meta constante a seguir .

A MI ESPOSA :

GLORIA NOEMI .

Tu Alegria y Amor son mi felicidad , gracias por formar parte de mi vida y que este triunfo y los que siguen los disfrutemos siempre juntos .

A MIS HERMANOS :

DANIEL , SANDRA , OSCAR Y LORENA .

Gracias por apoyarme todo el tiempo y creer en mí , y que los momentos que hemos pasado juntos perduren por siempre , así como la unión que existe entre nosotros .

A MIS AMIGOS .

Durante estos cuatro años que hemos compartido experiencias , alegrías , y aventuras que estás nunca se nos olviden , para que siempre comprendamos a los Residentes .

A TODOS LOS RESIDENTES .

Que son la Mano de trabajo en un hospital y que siempre somos olvidados y solo recordados por algunos ..

Al Dr Luis Gómez Velázquez .

Por que parte de su experiencia se encuentra escrita en este trabajo y al que se le agradece su total apoyo .

INDICE .

INTRODUCCION .	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .	11
HIPOTESIS .	13
OBJETIVOS .	14
MATERIAL Y METODOS .	15
ANALISIS DE RESULTADOS .	23
COMENTARIO .	34
CONCLUSION .	35
ANEXO .	37
BIBLIOGRAFIA .	38

INTRODUCCION.

La Luxación Congénita de Cadera por su alta incidencia es un problema de salud , el cual ha sido resuelto en países altamente desarrollados , gracias al diagnóstico precóz y un tratamiento idóneo inmediato , lo que permite abatir las graves secuelas funcionales y estéticas .

En 1972 Levine (1) señala el pronóstico en relación al Diagnóstico y Tratamiento oportuno señalando lo siguiente :

A) Etapa Oro (Pronóstico Excelente) : De recién nacido a dos semanas , el diagnóstico y tratamiento es oportuno .

B) Etapa Blanco (Pronóstico Bueno) : Diagnóstico y Tratamiento en la 2da a la 10 a semana .

C) Etapa Gris (Pronóstico regular) : Diagnóstico y Tratamiento entre la 3ra y la 6a semana .

D) Etapa Roja (Pronóstico Malo) : Diagnóstico y Tratamiento después de los 6 meses de edad .

Se señala en la literatura que en países altamente desarrollados hay graves demandas , por no realizar ese diagnóstico precóz . En países como el nuestro desgraciadamente el diagnóstico se realiza hasta el inicio de la demabulación , lo cual es aproximadamente entre los 18 y 24 semanas , lo que obliga a realizar un protocolo terapéutico complejo y prolongado que dara a mediano ó largo plazo graves secuelas , por afectar los

componentes articulares desde un punto de vista de la congruencia articular , viabilidad ó desarrollo de la articulación coxo femoral .

En el hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas la Luxación Congénita de Cadera representa el 26 % de incidencia de la cirugía que se realiza en la mayoría de las ocasiones ; son pacientes tratados después de los 18 meses de edad incluso algunos por arriba de los 5 años de edad .

El paciente es controlado hasta los 15 años de edad , en el servicio de pediatría , y pasando posteriormente al servicio de Cadera y Pelvis de Adultos , y se pierde totalmente el control inicial .

El motivo de éste trabajo es analizar los casos que llegan a adultos y que requieren de tratamiento . Lo anterior es para valprar no sólo los factores que condicionan las secuelas ; sino para justificar la necesidad de mantener un control más estricto de éstos casos , que de antemano tendran un proceso degenerativo que condiciona una severa repercusión a todos los niveles .

componentes articulares desde un punto de vista de la congruencia articular , viabilidad ó desarrollo de la articulación coxo femoral .

En el hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas la Luxación Congénita de Cadera representa el 26 % de incidencia de la cirugía que se realiza en la mayoría de las ocasiones ; son pacientes tratados después de los 18 meses de edad incluso algunos por arriba de los 5 años de edad .

El paciente es controlado hasta los 15 años de edad , en el servicio de pediatría , y pasando posteriormente al servicio de Cadera y Pelvis de Adultos , y se pierde totalmente el control inicial .

El motivo de éste trabajo es analizar los casos que llegan a adultos y que requieren de tratamiento . Lo anterior es para valorar no sólo los factores que condicionan las secuelas ; sino para justificar la necesidad de mantener un control más estricto de éstos casos , que de antemano tendran un proceso degenerativo que condiciona una severa repercusión a todos los niveles .

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

La Luxación Congénita de Cadera es una entidad estudiada ampliamente , la cual puede realizarse un diagnóstico desde recién nacido . Hay signos clínicos que permiten lo anterior en el 100 % de los casos , entre los que se encuentran los patognomónicos como el Barlow y Ortolani , en las caderas preluxables y luxables respectivamente . (2,3)

Otros signos clínicos que son constantes como la limitación a la Abducción , hacia pensar en el padecimiento , siempre ante la sospecha de displasia acetabular deberan realizarse las medidas terapéuticas , como la aplicación de aditamentos que den la abducción de las caderas .(2)

El diagnóstico en el recién nacido se realiza basicamente con la clinica , ya que la radiografía es útil después de los 40 días de nacido , en que existe osificación de los puntos que se tienen como parámetros para medir el índice acetabular , y la reducción concéntrica entre otros .(4,5,6)

El tratar de valorar el núcleo cefálico es difícil , ya que este se osificara un 40 a 50 % hasta los 5 meses de edad .

En todos los países altamente desarrollados se han implantados programas nacionales para el diagnóstico precóz , así como de tipo preventivo .

Así como en el año de 1952 , Von Rosen introdujo el examen sistemático en todos los niños de Malmoe Suecia . (4,6) .

El programa incluye a toda la población , con medidas preventivas como el caso del uso del triple pañal .

Esto es debido a que se ha comprobado que envuelven al niño con extensión de caderas , favorece el mal desarrollo del acetábulo (6)

Salter (4) en el año de 1952 lo comprobó en su estudio experimental con cerdos neonatos , demostró la aparición de de displasia acetabular y cambios en la dirección del acetábulo como resultado de conservar las caderas en extensión por un lapso de seis semanas . Después que se permitió a los lechones correr libres durante 10 semanas , el trastorno se corrigió espontáneamente . Se obtuvo normalidad del acetábulo cuando las caderas se conservaron en flexión y abducción .

Si bien el proceso tiene como etiología multifactorial debe valorarse los factores de riesgo como son : Primigesta , Sexo Femenino , Producto Macrosómico , Presentación Pélvica y antecedentes de Luxación Congénita de Cadera , a favor de todo está el modo de prevenir contrasta , cuando el Médico Pediatra no realiza en forma adecuada la exploración física necesaria que permita el diagnóstico temprano y permita así el tratamiento inmediato y evitar así las graves secuelas . (2,5,6)

El Ortopedista en nuestro medio está habitado a tratar a pacientes en los que el proceso evolutivo ha condicionado que exista una Luxación Congénita de Cadera con severos cambios intra y extracapsulares que obligan a realizar diversos tratamientos quirúrgicos complejos y prolongados que deben ser realizados sólo por el especialista con amplia experiencia y responsabilidad .

Cada caso debe valorarse de una manera integral , desde un punto de vista clínico , como radiográfico e integrar un diagnóstico y valorar las alternativas de tratamiento .

A nivel mundial , hay diversos tratamientos que son valorados en un buen número de ocasiones de una manera superficial , olvidando que el esquema de tratamiento debe ser de una manera racional en la que se debe primero :

1ro Elimina elementos de Contractura (Psoas , Abductores) .

2do El descenso de Cadera.

3ro Reducción ya sea en forma Cerrada ó Abierta . de acuerdo a la interposición de partes blandas , en especial del labrum .

4to Contención a nivel de componente Acetábular ó Femoral .

Todo lo anterior con la premisa de reducir la cadera , el desarrollo acetábular , mantener la morfología del extremo proximal femoral y cuidar la viabilidad de la cabeza femoral . (6,7)

Son múltiples los reportes desde Premaz (6) donde se señala que es indispensable la necesidad de la tracción para mejorar las condiciones ligamentarias y readaptación del paquete vasculonervioso y con ello disminuir los cambios vasculares de la cabeza femoral .

Las posibilidades clínicas y radiológicas para poder evaluar si el paciente requiere tracción previa a la reducción , están perfectamente demostrados , como serían (7) :

A) Edad : Entre mayor edad , mayor exigencia para la tracción , y mayor riesgo de necrosis avascular .

B) De acuerdo al grado de elasticidad ligamentaria con los Parámetros de Wynne Davies (6) : y que se correlacionan con la amplitud del Pistón ; a menor Pistón , mayor necesidad de tracción .

C) Winter y Gage (10) : Cuantificaron la eficacia de la tracción por medio de una serie de " Estaciones " , con las cuales se relacionan la posición de la cabeza femoral , con el acetábulo . como punto de referencia adoptaron la esquina interna osificada de la metáfisis del cuello femoral ; no es satisfactorio usar para ese fin el núcleo osificado de la cabeza femoral , por que quizá no se haya osificado la epífisis de la cabeza .

El agujero obturado y la línea de Hilgenreimer son los puntos de referencia en la pelvis . En la cadera normal que ha recibido en la línea de Shenton está intacta , posición normal que ha recibido el nombre de estación + 1 . Si la esquina interna del cuello femoral esta arriba de la Hilgenreimer se califica a la estación como de -1 . Si dicha esquina está dentro de la línea de Hilgenreimer y al borde superior del agujero obturador , es la estación 0 . Si está por debajo del borde superior del agujero está en la estación + 2 . (10)

D) Arthrografía : en el neonato y en el lactante incluso de seis meses de edad , la cabeza del fémur no está osificada y gran parte de la articulación coxo- femoral es cartilaginosa , la cual mostrara los límites de la cápsula , esté distendida o adherida a la pared lateral del ilíaco ó al suelo del acetábulo , con indentación externa por la compresión del tendón del psoas iliaco con constricción en " Reloj de Arena " . Con el artrograma se obtendra información en cuenta a profundidad del acetábulo ; además se observará las barreras intrínsecas a la reducción concéntrica , como sería inversión del Limbo del Acetábulo , hipertrofia del ligamento redondo y del pulvinar . (11,5)

Lo anterior también permite valorar en una cadera luxada la reducción a realizar , cerrada en caso de no interposición del Labrum , con escaso pulvinar ; y Abierta cuando haya necesidad de eliminar los elementos que se interponen a una reducción . (12,13)

Diversos autores como Winter y Gage (10) han señalado que la incidencia de osteocondritis ó necrosis avascular aumenta con la reducción cerrada , ya que se requiere para lograr el centrado de una inmovilización , en posición de Rana : 90° Aducción , 70° de flexión ; 35° de Rotación Lateral , que provocan todos los cambios de tipo vascular , lo cual ha demostrado Salter , Ogden , Thomas , Gage (5) . Incluso da lugar a una clasificación de los cambios vasculares como lo señala Salter y Dallas (5) : Definieron 5 criterios para el diagnóstico , falta de aparición del núcleo de osificación dentro del 1er año posterior a la reducción ; falta de crecimiento del núcleo osífico dentro del primer año postreducción ; ensanchamiento del cuello del fémur en el primer año después de la reducción ; aumento de la densidad de la cabeza del fémur , seguida por fragmentación y deformidad residual de cabeza y cuello femoral al completarse la reosificación . El grupo de Salter (5) atribuyó la fragmentación temprana y temporaria a la osificación irregular del núcleo osífico al crecimiento acelerado no a la necrosis avascular .

En caso de reducción abierta se preconiza que debe de realizarse la sección de la cápsula en forma de " T " invertida , ya que se puede dañar menos la arteria circunfleja medial . (11,5) La incidencia de necrosis avascular corresponde de acuerdo de acuerdo de Winstein y Ponseti a cerca de una incidencia del 10 % , y Mau y col. a un 4 % . (12)

Reducida la cadera queda valorar con el Duchenne - Trendelenburg , y radiológicamente con la medición del Índice Acetábular , normal de 30° , y el ángulo de Wiber (CE) valor normal a los 6 meses de 10° y a los 3 años de - 20° . (13,14,15)

Se señala que a partir de los 18 meses de edad por Salter que no hay disminución del índice acetábular por lo que es indispensable su osteotomía de cobertura. (16)

Otros autores utilizan Pemberton , y después de los 12 años osteotomía de cobertura tipo Chiari . Aunque han aparecido en la literatura otras osteotomías como : Wagner , Lloyd -Roberts , Sutherland , Steel , Lance , Westin , Epprihth , todos ellos tienen como objetivo dar cobertura y con ello retardar los cambios degenerativos de la cadera afectada .(17)

Por último encontramos la osteotomía subtrocantérica varizante y desrotadora que permite la alineación de una cadera valga que provoca la subluxación o mal desarrollo acetabular. (18)

Para su realización se requiere previamente de placas Antero - Posterior (A P) en posición de Pie , Neutro y con Rotación Medial , así como placas en posición de Rana Invertida (35° de abducción y Rotación Externa de 15°) para medir el anteverso con todo ello podemos clasificar de acuerdo a los Criterios que establece Monticelli (15) :

Tipo O : RX neutra de pélvis , neutra con cadera normal , tratamiento conservador , sólo vigilancia periódica .

Tipo I : RX neutra con imagen de la cabeza femoral alejada o subluxada ; con RX con rotación medial cabeza centrada , tratamiento con control periodico ú osteotomía desrotadora .

Tipo II : RX neutra con imagen de cabeza femoral subluxada o alejada , RX con rotación medial con imagen subluxada ; RX con Abducción con imagen centrada , tratamiento con osteotomía subtrocantérica varizante .

Tipo III : Rx neutra con imagen de cabeza femoral subluxada , RX con rotación medial con imagen subluxada ; RX con rotación medial - abducción , con imagen de cabeza alejada o subluxada , RX con rotación medial - abducción + flexión de caderas , con imagen de cabeza centrada ; tratamiento a base de reducción abierta y osteotomía varizante de cobertura .

Tipo IV : RX con todo lo anterior , persiste luxada el tratamiento con todo lo anterior .

Al valorar que el tratamiento de la Luxación Congénita de Cadera en forma tardía es compleja , con posibilidad de diversas complicaciones se debiera explicar perfectamente a los familiares el esquema de tratamiento , lo prolongado de éste y la necesidad de diversas cirugías con pronóstico siempre incierto a mediano plazo .

Por ello se requiere de cooperación integra de los familiares con acatamiento de todas las indicaciones como serían cuidados de yeso , asistir a las citas marcadas , continuar con el tratamiento a seguir , el cual debe explicarse desde el principio , evitar subir el peso corporal , realizar los ejercicios de reeducación funcional , etc . Siempre señalarle los cambios degenerativos que obligan a un tratamiento que puede llegar incluso a la sustitución prótesis . (11)

Todos estos cambios degenerativos son acelerados por la Yatropatogenia , la cual está presente , incluso en el ortopedista avezado ; pero debe valorarse cada caso en forma independiente y procesar siempre el máximo de eficiencia , no olvidando la calidez en nuestro paciente .

En el Servicio de Cadera del Hospital de Ortopedia de Magdalena de las Salinas , es frecuente valorar las secuelas de la Luxación Congénita de Cadera en pacientes que fueron tratados en la forma descrita previamente por un diagnóstico tardío . Su tratamiento implica una grave problemática pues de antemano se debe retardar al máximo en pacientes jóvenes la sustitución prótesisica , ya que en futuro necesitarían un probable recambio de la misma por la vida media que es de 10 a 15 años aproximadamente .

El motivo de este trabajo es analizar esas secuelas , las cuales sí fueron secundarias al tratamiento realizado , al proceso evolutivo del padecimiento , a una negligencia del seguimiento del paciente , por parte del familiar ó del médico , o bien a una combinación de todo lo anterior .

De antemano es difícil realizar éste análisis ya que se adolece en el Hospital de Ortopedia de un archivo clínico y radiográfico , así como la facilidad de control de todos los pacientes que han sido tratados en la Unidad de Pediatría y que debiera de continuarse su control en el Servicio de Cadera y Pélvis .

Pero es indispensable la retroalimentación de estos pacientes sobre el tratamiento que se realiza .

Se cita plenamente , consciente que en la literatura esta descrito todo ello , pero se reitera que se requiere de un diagnóstico situacional , en relación a la secuelas de la Luxación Congénita de Cadera en el paciente tratado y que llega a la edad de Adulto Joven .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- En el adulto joven , con secuelas de Luxación Congénita de Cadera, los cambios degenerativos son más severos cuando se realizó reducción cerrada que cuando fue por reducción abierta?

◇ VARIABLE INDEPENDIENTE

◇ Niño con L.C.C. mas reducción cerrada

◇ VARIABLE DEPENDIENTE

◇ Cambios Degenerativos.

◇ VARIABLE INDEPENDIENTE

◇ Niño con L.C.C. más reducción abierta.

◇ VARIABLE DEPENDIENTE

◇ Cambios Degenerativos.

2.- Las secuelas en la Luxación Congénita de Cadera, disminuye cuando se complementa el tratamiento con osteotomía de cobertura o nivel subtrocanterico?

◇ VARIABLE INDEPENDIENTE

◇ Niño con L.C.C. tratado más osteotomía de cobertura.

◇ VARIABLE DEPENDIENTE

◇ Cambios degenerativos

◊ VARIABLE INDEPENDIENTE

◊ Niño con L.C.C. tratado más osteotomía subtrocanterica.

◊ VARIABLE DEPENDIENTE

◊ Cambios degenerativos.

3.- El deficiente manejo de tratamiento de la Luxación Congénita de Cadera influye en el proceso degenerativo .?

◊ VARIABLE INDEPENDIENTE

◊ Niño con L.C.C. más deficientes manejos.

◊ VARIABLE DEPENDIENTE

◊ Cambios degenerativos.

HIPOTESIS

1.- En el adulto Joven con secuelas de Luxación Congénita de Cadera, los cambios vasculares de la cabeza del fémur se presentan con mayor severidad en un 80% con la reducción cerrada, que cuando se utiliza reducción abierta que corresponde a un 20%.

2.- Las secuelas disminuyen en un 40% cuando se complementa el tratamiento con osteotomía de cobertura o a nivel subtrocanterico.

3.- El análisis del tratamiento de las secuelas de la Luxación Congénita de Cadera, en un 100 % de los cambios degenerativos está el diferente manejo del tratamiento.

OBJETIVOS

1.- Determinar las secuelas de Luxación Congénita de Cadera , en el Adulto Joven , tratado con reducción Cerrada contra reducción Abierta .

2 .- Valorar si hubo variaciones significativas cuando fué tratado con osteotomías de Cobertura ó a nivel Subtrocanterico .

3.- Analizar el manejo integral de estos casos , como influye el deficiente manejo para la evolución hacia esos cambios degenerativos .

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio Retrospectivo, Transverso, observacional y Comparativo de 19 pacientes con Luxación Congénita de Cadera, tratados inicialmente en el Servicio de Pediatría y captados en el Servicio de Cadera y Pélvis.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas, en el Servicio de Cadera de Ortopedia, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido del 1ro. de Agosto de 1992 al 1ro de Agosto de 1994. con los siguientes criterios :

CRITERIOS DE INCLUSION .

- 1.- Pacientes de Ambos Sexos .
- 2.- Edades de 20 a 40 años .
- 3.- Con Manejo inicial entre 1er año a los 5 años de edad .
- 4.- Sin presentar padecimientos de tipo :
 - A) Reumatico .
 - B) Neurotrófico .
 - C) Metabólico .
 - D) Tumoral .
 - E) Infeccioso .

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- 1.- Menores de 20 años y Mayores de 40 años .
- 2.- Con tratamiento antes del 1er año de edad .
- 3.- Con tratamienrto después de los 5 años de edad .
- 4.- Con Padecimientos :
 - A) Metabólicos .
 - B) Neurotróficos .
 - C) Tumoral .
 - D) Infeccioso .
 - E) Reumático .

CRITERIOS DE EXCLUSION .

1.- Que durante su tratamiento haya sufrido proceso de tipo traumático a nivel de la Cadera .

2.- Padecimiento de tipo postraumático de larga evolución .

PARAMETROS A EVALUAR

1) Edad .

2) Sexo: MASCULINO Y FEMENINO

3) Clasificación : Habitual .

Prenatal .

Inveterada .

4) Edad que inician tratamiento

5) Tipo de Tratamiento .

A) Reducción Cerrada

B) Reducción Abierta

C) Reducción Cerrada ó Abierta más Osteotomía de Cobertura .

D) Reducción Cerrda ó Abierta más Osteotomía Subtrocantérica .

E) Reducción Abierta previa tracción

6) Clasificación de las secuelas :

TIPO I :

- Dolor discreto en marcha prolongada , cede al reposo, Duchenne-Trendelenburg negativo ó discreto
- NO asimetría de Miembros pélvicos.
- RX Cadera congruente , con disminución del espacio articular . ángulo cervico diafisario de 138° a 145° , índice acetábular de 25° a 30° , Wiber de 25° .
- Arcos de movilidad completos.

Tipo II:

- ♦ Dolor moderado a severo en marcha prolongada.
- ♦ Duchenne - Trendelenburg moderado , sin asimetría ó discreta en miembros pélvicos , con discreta limitación de la Abducción .Acortamiento menor de 2 cm.
- ♦ RX Cadera congruente ó discreta subluxación . Índice acetábular de más de 30° , Wiber de menos de 20° , ángulo cervico-diafisario mayor de 145° . Duchenne- Trendelenburg

- ♦ Disminución del espacio articular y presencia de esclerosis .

Tipo III:

- Dolor severo a la marcha prolongada y al esfuerzo.
- Duchenne - Trendelenburg presente , asimetría de miembros pelvicos y Acortamiento de 2cm. en Miembros inferiores.
- Limitación de la Abducción y rotación interna .
- RX Cadera con subluxación ó coxa magna , índice acetábular de más de 30 ° . Wiber de menos de 20 ° .
- ángulo cervico - diafisario menor de 100 ° ó mayor de 145° , con disminución de espacio articular , esclerosis , y osteofitos ; Arco de movilidad limitado a rotación medial y ligero a la flexión.

Tipo IV:

- Displasia acetabular con Coxa Magna y alteración del ángulo cérvico-diafisario, coxa brevis, más disminución del espacio articular más la presencia de osteofitos.
- Dolor a la marcha y al esfuerzo moderado.

- Asimetría de miembros pélvicos y Acortamiento es mayor de 2cm.
- Duchenne. Trendelenburg marcado .
- Arco de movilidad limitado a la abducción, rotación medial y flexión.
- RX Displasia acetábular con coxa magra ó coxa brevis , disminución del espacio articular , con esclerosis, osteofitos y la presencia de Geodas .
- Alteración del ángulo cérvico -diafisario .
- Arcos de movilidad limitado a Aducción, Abducción, Rotación medial.

ANÁLISIS DE RESULTADOS .

Se valora que los pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera , y que recibieron tratamiento en esta unidad , desde edad pediátrica y que han sido captados en edad adulta por el servicio de Cadera y Pelvis , con expediente radiológico completo , suman un total de 19 casos .

Como es de suponer hay un pleno predominio del sexo femenino de 5 a 1 en relación al hombre , y en el presente estudio en las mujeres representa el 84.21 % y los hombres con un 15.79 % , que va en relación con los reportes de la literatura internacional .(Fig. 1)

El tipo de cadera predominante fue la Habitual con un 57.89% y el resto fue Inveteradas con un 42.11 % . (FIG . 2)

Es importante considerar que las caderas afectadas están en el grupo que afectó a las bilaterales con 11 casos , de lado izquierdo con 10 y de lado derecho a 7 .(FIG. 3)

El inicio de su tratamiento fue en la de tipo Habitual a una edad de su tratamiento fue en la de tipo habitual a una edad promedio de 18 meses de edad y en el tipo habitual después de los 4 años de edad , lo que nos habla de primera intención de un grave factor de riesgo que llevara , no importa el tratamiento , hacia cambios degenerativos a mediano o corto plazo . (FIG 4)

En relación al esquema de tratamiento , solo a 7 pacientes tuvieron tratamiento previo a la reducción el cual consistió en tenotomía de aductores y tracción esquelética , y de ellas correspondieron al tipo inveterada . En 14 caderas afectadas se realizó reducción cerrada y

se tuvo las alteraciones más severas en relación a presencia de deformidad de cabeza , siendo magna , con pobre cobertura y proceso degenerativo , así como alteraciones del ángulo cervico-diafisario y del anteverso .Con lo cual se establece que de acuerdo a la clasificación de secuelas se encuentra que afectaron al tipo IV a 8 caderas y del tipo III a 6 caderas .(Anexo 1)

Retrospectivamente se valora que en la mayoría de estos casos con la inmovilización fue la 1ra posición lo que puede explicar las alteraciones caelificas , en otros casos hay relajación o una inadecuada congruencia articular .

En la Reducción Abierta se tuvieron a 7 casos y la secuelas se clasificaron en filas siguientes con grado II a 4 casos y grado III con dos y un solo caso grado IV . En ellos también hay la situación de dificultad para apreciar con los controles una adecuada reducción , al paso de cambio del yaso Batchelor , se valoran trastornos con la congruencia de la cabeza femoral , y la evolución posterior del extremo proximal femoral

Lo anterior traduce que en pacientes que tienen una edad promedio de 30 años de edad , con una máxima de 39 años y una mínima de 19 años , otro grave problema a realizar , ya que todos se encuentran dentro de la edad productiva . (FIG 5)

Los Rayos X de los controles de todos los casos hacen suponer que prácticamente han llevado una vida con repercusiones funcionales y estéticas importantes , como lo demuestra que dentro de la clasificación de secuelas , se presentan principalmente el grado II con un 16.67% , grado III con un 44.44 % y grado IV con un 38.89% , donde se

aprecia que la mayor frecuencia es de tipo III y IV , lo que hace suponer que hay mayor deformaciones de tipo morfológico y transtomos degenerativos severos . (FIG 6)

Es de importancia que en 13 caderas se efectuó osteotomía de cobertura tipo Chiari , pero está se realiza después de los 15 años de edad ; sólo en un caso se realiza osteotomía subtrocantérica a la edad de 20 años y en otro se realiza como único tratamiento la tenotomía de aductores a la edad de 21 años , en otros casos por su grado de coxartrosis y por su corta edad se complementa con cirugía de salvamento de tipo interposición capsular en 7 casos . (FIG 7)

El total de los casos se caracteriza por presentar un cierto grado de acortamiento , el cual era en promedio de 1.75 cm lo que estaba en relación directa con la presencia de dolor con la marcha prolongada , que establecía en algunos pacientes la sensación de leve a moderada y en algunos ésta era ausente , lo que les permitía llevar una vida aparentemente normal y que les condicionaba realizar alguna actividad física moderada . (FIG 8)

Se considera que anteriormente antes de los 10 años de edad se valoraba la necesidad completar con otros tipos de cirugías que llevaran a una mejor congruencia y cobertura acetabular. Aunado a ello , esta el irregular control posterior a los 12 años de edad , que puede explicarse en parte a negligencia de los padres .

Figura 1

Relación de Hombres / Mujeres

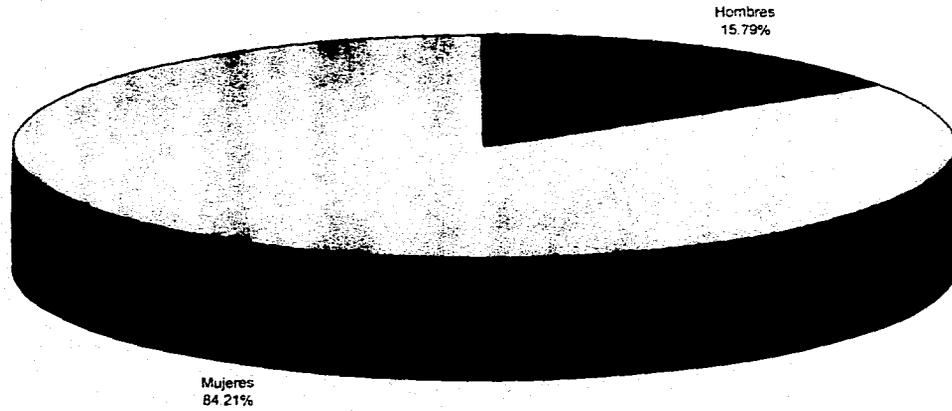


Figura 2

Relación de Diagnóstico

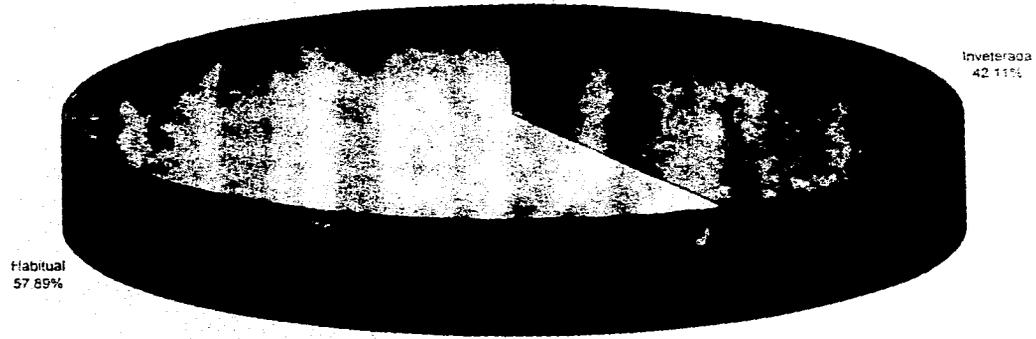


Figura 3

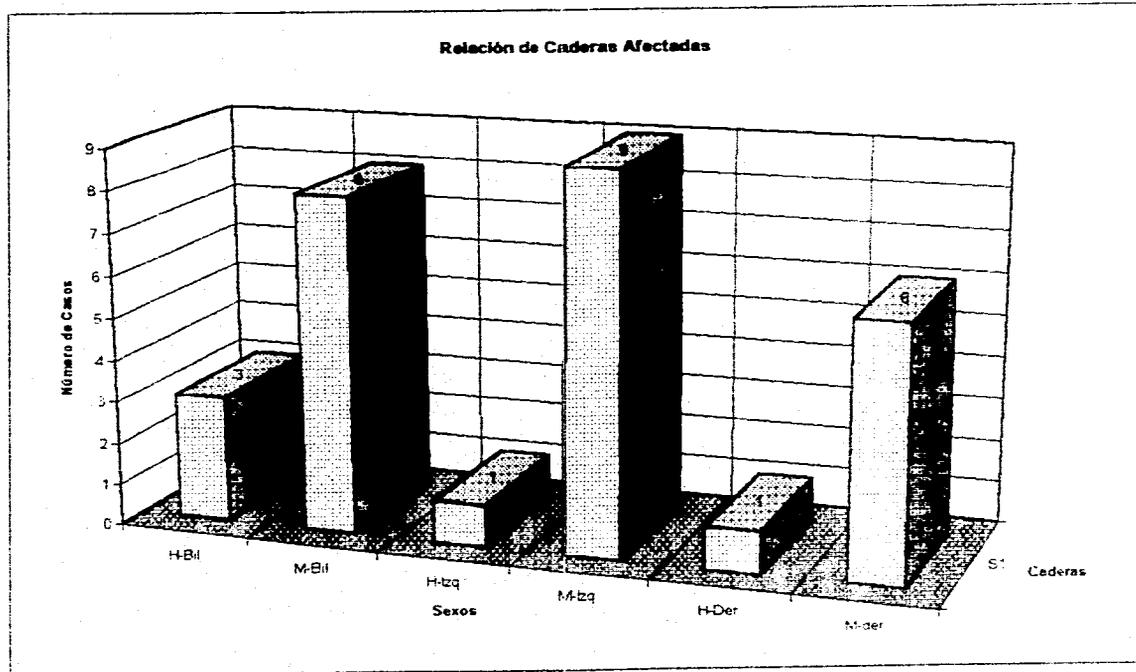


Figura 4

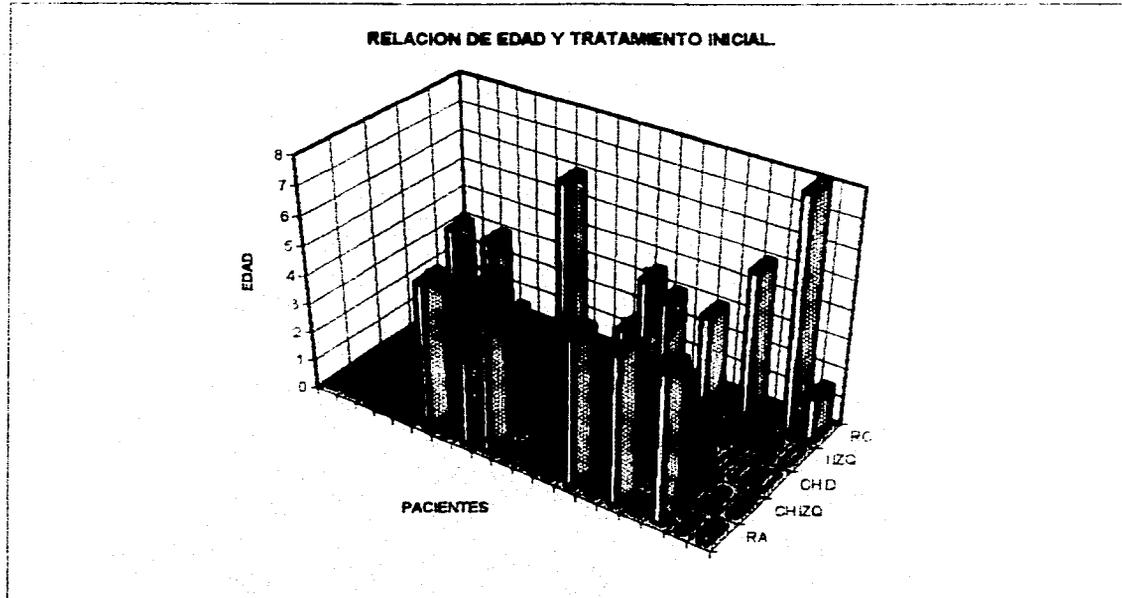


Figura 5

Promedio de Edades

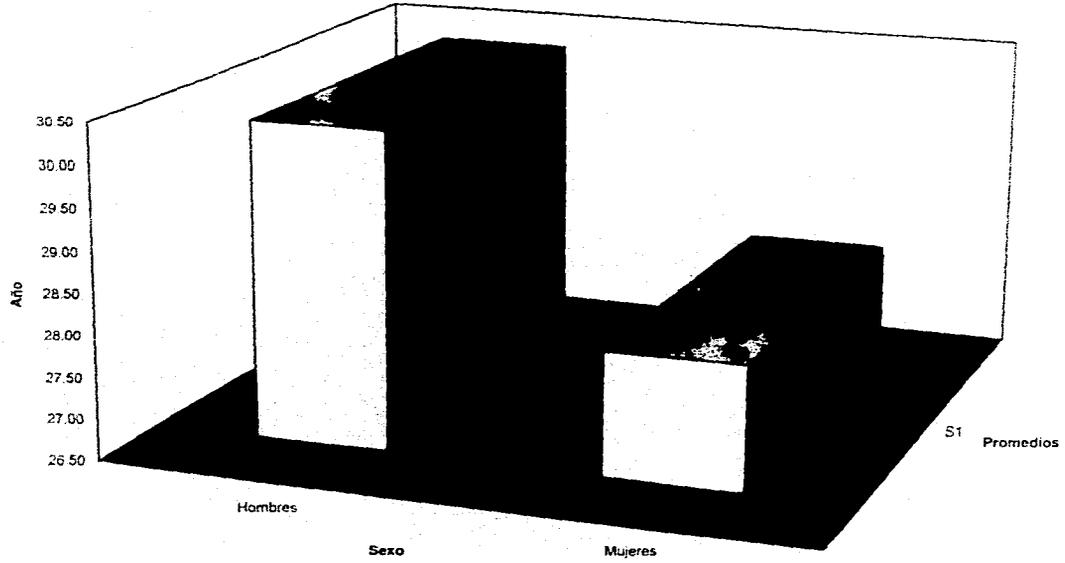


Figura 6

Diagnóstico Radiológico

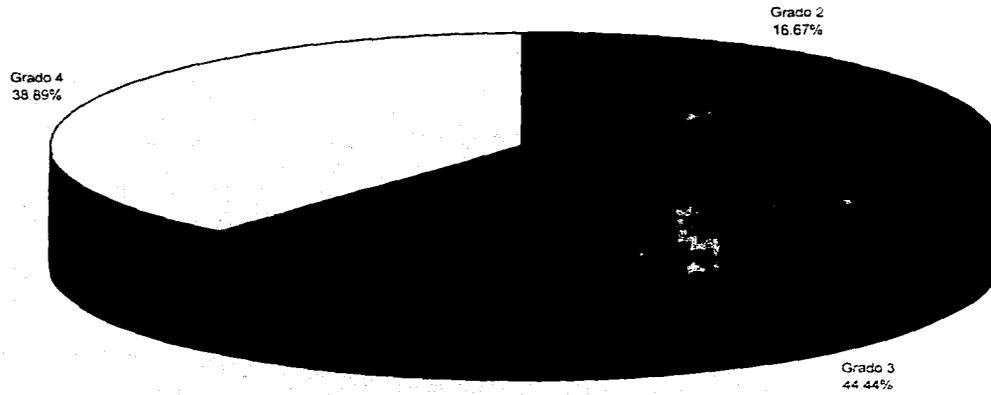


Figura 7

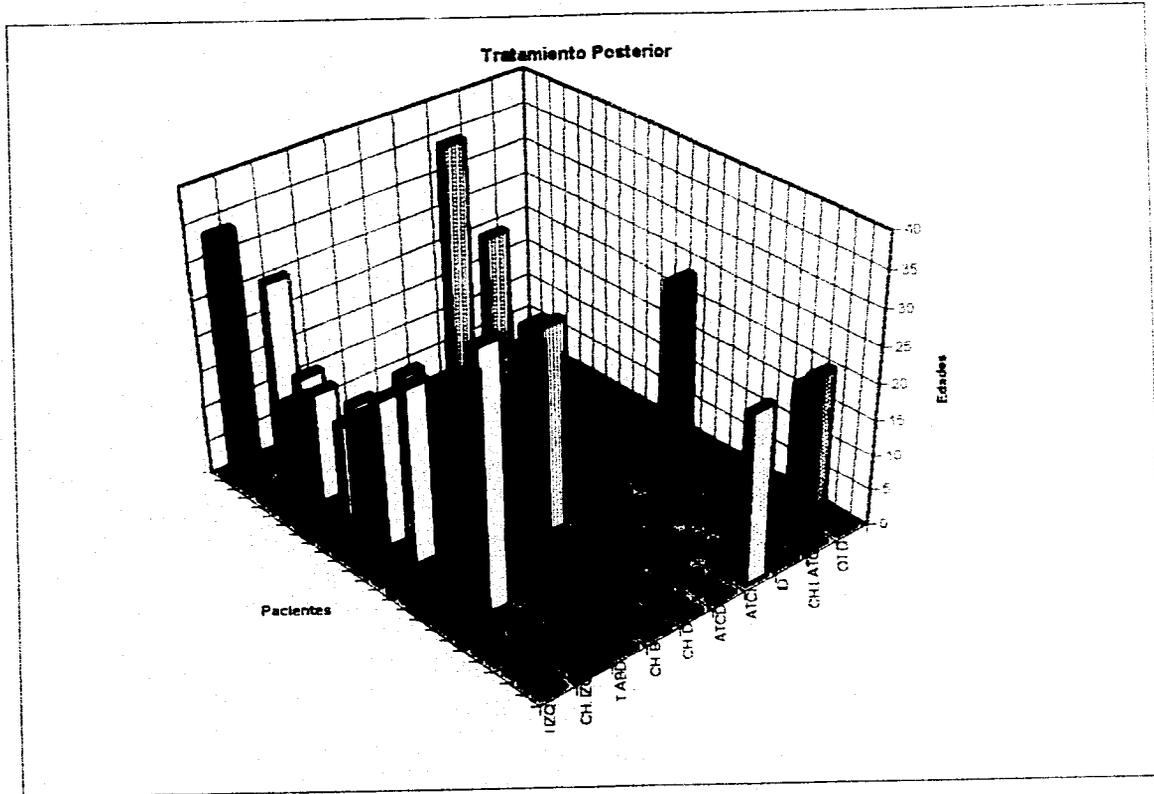
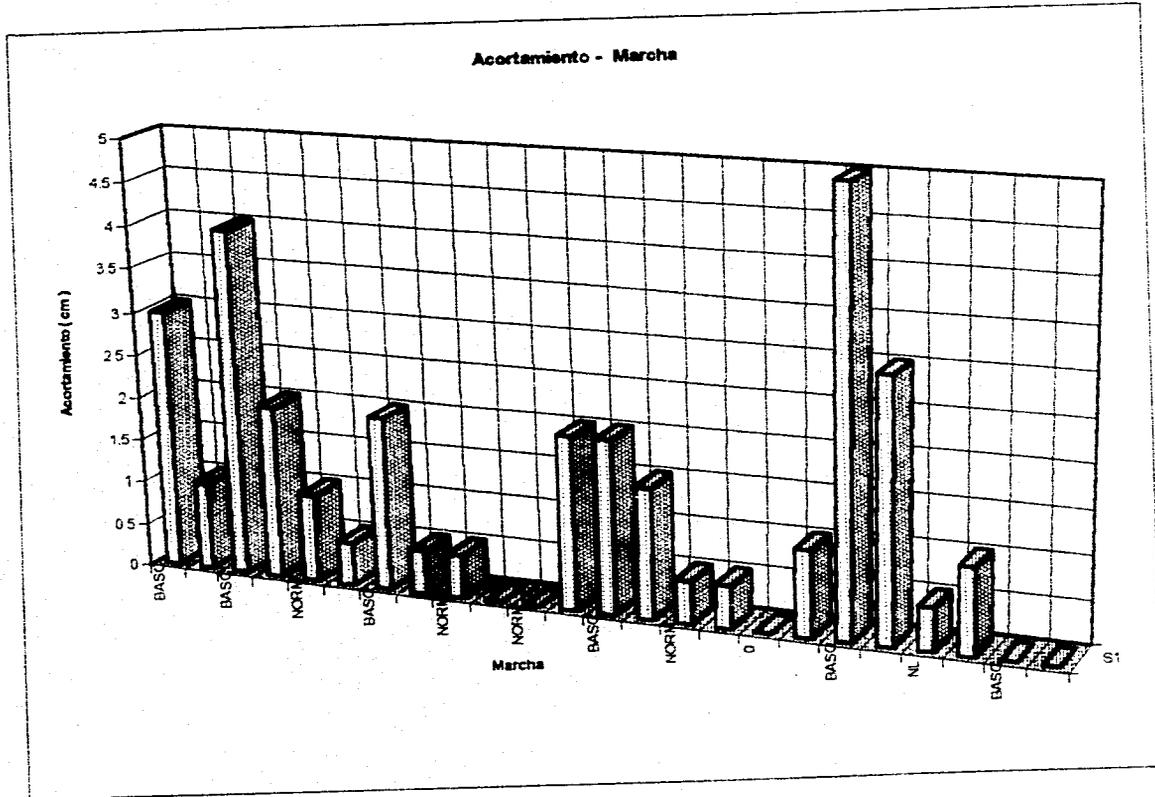


Figura 8



COMENTARIO .

La Luxación Congénita de Cadera representa un grave problema de salud pública por su elevada frecuencia y a su diagnóstico tardío que lleva a la necesidad de diversos tratamientos , los cuales llevaran siempre hacia cambios degenerativos , cuando se realiza después de los 18 meses de edad.

En nuestra unidad el número de casos que se atienden de Luxación Congénita de cadera representa el 35 % de internamiento para tratamiento quirúrgico , después del año de edad y otros, de tipo inveterado es decir después de los 5 años de edad , si nos apoyamos en el cuadro del Dr Levine , puede decirse , que es una cadera inveterada después de los 6 meses de edad.

Las caderas que se captan en el Servicio de Cadera y Pelvis de la unidad son el mínimo, como lo representan los 19 casos, con un total 22 caderas afectadas las cuales llegan con secuelas grado II , III y IV de la clasificación de Bombelli , en pacientes adultos jóvenes y que requieran de cirugías paliativas o sustitutivas que repercuten severamente en su actividad cotidiana .

Posiblemente la causa de lo anterior sea no contar con un Archivo Clínico- Radiográfico de la Unidad . Generalmente los pacientes llevan sus expedientes radiográficos ,lo que impide poder tener un seguimiento a largo plazo .

DE los 19 casos que se presentan llevan retrospectivamente los siguientes problemas, en su proceso evolutivo y que pueden sintetizarse en las siguientes conclusiones .

CONCLUSIONES .

- 1.- La Luxación Congénita de Cadera debe ser tratada precozmente y en todos los casos se inicio el tratamiento en una forma totalmente tardía .
- 2.- Es indispensable el esquema de eliminación de elementos de contractura , descenso , reducción y contención de acuerdo a nivel acetabular o femoral . En esos casos sólo en 7 se realizó tracción previa a la reducción .
- 3.- La Reducción Cerrada sólo debiera utilizarse en casos de no existir elementos de interposición y nunca colocar molde de yeso en lra posición .
- 4.- La Reducción Abierta también da lugar a severas alteraciones vasculares en caso de lesión del paquete ó ante la presencia de una infección .
- 5.- Debe valorarse la osteotomías de cobertura o realineación del extremo proximal femoral .
- 6.- Es indispensable mantener el control del paciente por parte del Servicio de Pediatría hasta el terminó del crecimiento y continuar su control posterior y continuo por parte del servicio de Cadera de Adultos , ya que siempre requerira continuar su manejo procurando que éste sea lo menos agresivo posible .
- 7.- Se duda que el número de pacientes que llegan al servicio de Cadera Adultos sea por una adecuada evolución , sino que esta enmascarada por factores administrativos .
- 8.- Se presentan los cambios vasculares en un 100 % correspondiendo al tipo IV y que a futuro la evolución del tipo III , aumentara los cambios vasculares y degenerativos .

9.- El predominio de las secuelas está en relación directamente proporcional a los tratados por reducción Cerrada en un 69 % del total de los pacientes .

10.- De los 19 pacientes se complementa su tratamiento , sólo a uno con osteotomía subtrocanteriza , lo que impide valorar si este procedimiento retarda los cambios vasculares y degenerativos a nivel de la cabeza femoral o del extremo proximal femoral .

11.- En el 100 % de los casos hubo un mal manejo que aunado a la poca cooperación familiar influyó en las graves secuelas presentadas .

Anexo

Nombre del paciente	Edad	Sexo	DX	Cadera	Predom.	Edad Tx	Tx realiz.	Edad Tx pos.	Tx realizado	Dx Rx	Acort. M.I.	Marcha	Dolor
	36	M	H	B		3	RC		34 ID	G IV	3	BASC	Leve
									35 I IZQ		1	BASC	Leve
	30	M	H	B	I	1	RC		28 CH. IZQ	G IV	4	BASC	MOD
	25	M	H	B	D	3	RC		24 ID	G IV	2	BASC	MOD
	19	F	H	I		0.5	RC		17 CH. IZQ	G III	1	NORM	Leve
	20	F	H	I		0.25	RA		16 CH. IZQ	G II	0.5	NORM	NL
									18 I IZQ		2	BASC	NL
	21	F	I	B	D	5	RA		14 CH. IZQ	G II	0.5	NORM	NL
	20	F	I	B	D	6	RC		18 CH. IZQ	G III	0.5	NORM	NL
	24	F	H	I		3	RA		21 T ABD.	G II	0	NORM	NL
	23	F	I	I		5	RA		21 CH. IZQ	G II	0	NORM	NL
	25	F	H	B	I	1 1/2	RC		22 I IZQ	G IV	2	BASC	MOD
	27	F	H	I		3.5	RC		25 CH. IZQ	G III	2	BASC	MOD
	31	F	H	B	D	3	RC		28 CH. D	G III	1.5	BASC	Leve
	32	F	I	D		5	RA		29 CH. D	G III	0.5	NORM	Leve
	32	F	H	B		3	RC		29 CH. B	G III	0.5	NORM	Leve
	39	F	I	B	I	5	RA		36 CH. IZQ	G III	1	NORM	Leve
	36	F	I	D		5	RC		35 I IZQ	G IV	5	BASC	MOD
	36	F	I	B	I	5	RA		30 I. IZQ	G IV	3	BASC	MOD
	39	F	I	D		8	RC		39 ATCD.	G IV	0.5	NL	NL
	24	F	H	B	I	1.5	RC		20 OT D.	G IV	1	BASC	MOD
									22 CH. I. ATCD	G III		BASC	MOD
									24 ATCI.			NL	NL

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Gómez V. L. . " Tratamiento de la Luxación Congénita Inveterada de Cadera " . Anales de Ortopedia y Traumatología . Octubre 1978 . - Diciembre . Volumen XIV . Núm. 4 . México , D.F. , México . P. 221 -29 .
- 2.- Dimeglio . . Ortopedia Infantil Cotidiana . 3ra edición Española . Editorial Masson S.A .España .1992 . P . 261 - 329 .
- 3.- Edelstein J . . " Congenital Dislocation of the Hip in the Bantu . Proceedings and Repots of Councils and Associations " . Journal B. and Joint Surg . Mayo 1966 . Volumen 48 B . Núm . 2 . Johannesburg . P . 397 - 398 .
- 4.- Weintroub , M.D. J Green , M.D. R. Terdiman , M.S.C. and S.L. Weissman , M.D. . " Growth and Development of Congenitally Dislocated Hips Reduced in Early infancy " . J. Bone and Joint Surg . January 1979 . Volumen 61 A . Núm . 1 .
- 5.- Mihran O. Tachdjian . . Ortopedia Pediátrica . Santiago Sapiña Renard , traductor .Editorial Interamericana , S.A de C.V. Volumen 1 .1987 . . 127 - 271 .
- 6.- Sierra Fernandez . . Luxación Congénita de la Cadera . Editorial Limusa S.A de C.V .1992 . P. 15 - 290 .
- 7.- Malvitz - TA , Weinstein - SL . " Closed Reduction for Congenital Dysplasia oh the Hip . Functional and Radiographic Results an Average of Thirty years . J. Bone and Joint Surg . December 1994 . Volumen 76 . Núm . 12 . P . 1772 - 92 .
- 8.- Walter A hoyt , Jr., Dr. Dennis S, Weiner and Dr . Harry, W Odell . "Congenital Dislocation of the Hip " . J. Bone and Joint Surg . December 1978 . Volumen 54 A . Núm. 8 P. 1799 -80 .
- 9.- Ruth Wynne - Davies . " Acetabular Dysplasia an Familial Joint Laxity Two Etiological Factor in Congenital Dislocation of the Hip " . J. Bone and Joint Surg . November 1970 . Volumen. 52 B . Núm . 4 . Edinburgh , Scotland . P. 704 -16 .
- 10.- James R . Gage , M.D. and Robert B. Winter , M.D. " Avascular Necrosis of the Capital Femoral Epyphysis as a Complication of Closed Redetion of Congenital of the Hip " . J. Bone and Joint Surg . March 1972 . Volumen 54 A . Núm . 2 . St . Paul minesota P. 373 - 95 .
- 11.- Marvin E. Steinberg , Day , Hensinger, Nelson, Ogden, Welch.(1993) . La Cadera , Diagnóstico y Tratamiento de su Patología . editorial Panamericana . P. 359 - 98 .

- 12.- S.L. Weinstein, M.D. and I. Ponseti, M.D. "Congenital Dislocation of the Hip". J. Bone and Joint Surg. January 1979. Volumen 61 A. Núm 1. Iowa City. P. 119-24.
- 13.- Paul E. Roose, D.O Gary L. Chingren, M.d; Hobart E. Klaaren, M.D. and Gerald Bropek, M.D. (1979). "Open Reduction for Congenital Dislocation of the Hip". J. Bone and Joint Surg. September 1979. Volumen 61 A. Núm 6. Dayton, Ohio. P. 915-21
- 14.- Latarjet - Ruiz Llaerd. Anatomía Humana. 2da Edición Español. Volumen II. Editorial Panamericana. 1990. P. 727-55.
- 15.- John R. Lindstron, M.D., V. ponseti, M.D. and Dennis R. Wenger, M.D. "Congenital Dislocation of the Hip". J. Bone and Joint Surg. January 1979. Volume 61 A. Núm. 1. Iowa City. P. 112-18.
- 16.- Migaud - H. Duquennoy - A Gougeon- F. fontaine - C, Pasquier -G. "Outcome of Chiari Pelvic Osteotomy in Adults". Acta ortopedica Scandinava. April 199. Volumen 66. Núm. 2.
- 17.- James H Beaty. (1985). Cirugía Ortopédica. Malformaciones Congénitas de Cadera y de Pélvis. Campbell. 3ra edición. Editorial Panamericana. Tomo II. 1985. P. 2037-69.
- 18.- Eldon G. Chuinnard, M.D. and Norman D. Logan, M.D. "Varus - Producin and Derotational Subtrochanteric Osteotomy in the treatment of Congenital Dislocation of the Hip". J. Bone and Joint Surg. March 1972. volumen 54 A. Núm. 2. Portland, Oregon. P. 1397-1408.