

11245

DISPL. DEL DESARROLLO DE LA CAD. HERNANDEZ 1

29
2ej.

ESTUDIO COMPARATIVO CLINICO RADIOGRAFICO DE LA DISPLASIA DEL
DESARROLLO DE LA CADERA.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

DEL ISSSTE MEXICO D.F.

I. S. S. S. T. E.
HOSP. REG. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
SUBDIRECCION MEDICA
★ DIC. 4 1997 ★
DEFATURA DE TRAUMATOLOGIA
Y ORTOPEdia

Es p m:

SERVICIO DE ORTOPEdia.

DR. JOSE LUIS HERNANDEZ CORTEZ
RESIDENTE DE 4º AÑO DE
ORTOPEdia

DR. CARLOS MEJIA ROHENES
JEFE DEL SERVICIO DE
ORTOPEdia

DR. ZACARIAS MELAZQUEZ GUERRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JOSE F. ELIZONDO VAZQUEZ
ASESOR DE TESIS

DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
COORD. CAPACITACION
INVESTIGACION Y DESARROLLO

DR. IRMA DEL TORO GARCIA
JEFE DE INVESTIGACION

CALLE 10 MANZ. 47 No. 20 COL. E. ZAPATA
ACAPULCO GUERRERO MEXICO TEL. 01 74 4164124

1998

264896

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
REVISADO
DIC. 5 1997
DEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

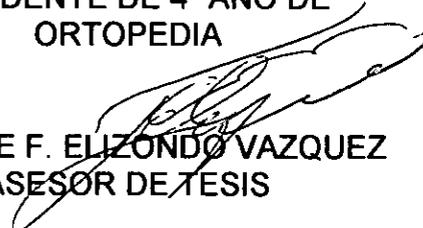
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

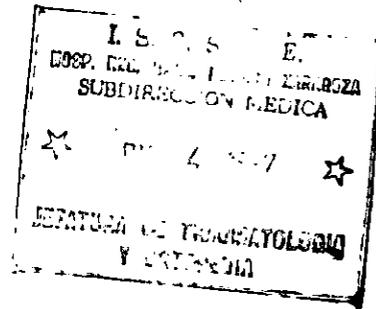
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTUDIO COMPARATIVO CLINICO RADIOGRAFICO DE LA DISPLASIA DEL
DESARROLLO DE LA CADERA.


DR. JOSE LUIS HERNANDEZ CORTEZ
RESIDENTE DE 4º AÑO DE
ORTOPEDIA


DR. JOSE F. ELIZONDO VAZQUEZ
ASESOR DE TESIS


DR. CARLOS MEJIA ROMENES
JEFE DEL SERVICIO DE
ORTOPEDIA



SERVICIO DE ORTOPEDIA.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE.
MEXICO D.F.

CALLE 10 MANZ. 47 No. 20 COL. E. ZAPATA

ACAPULCO GUERRERO MEXICO TEL. 01 74 416414

RESUMEN

Se revisaron 700 pacientes del 1º de Diciembre de 1996 al 31 de Agosto de 1997 a los que se les realizo un estudio comparativo clínico-radiográfico, ambos sexos y todos correspondieron a la etapa de Recién Nacidos hasta los tres meses de edad en el HRGIZ del ISSSTE.

380 (54.2%) correspondieron al sexo femenino, 320 (45.8%) al sexo masculino encontrando 3 niños con displasia del desarrollo de la cadera (0.5%) dos RN mujeres (0.30%) y un RN hombre (0.20%) y 697 niños sanos (99.5%), la cadera mas afectada fué la derecha en dos de ellos y uno en lado izquierdo. Los niños que resultaron con DDC no presentaron ninguna complicación y evolucionaron a la mejoría con el tratamiento establecido con aparatos de contención externa, reiterando la imprescindible de la exploración física intencionada en la etapa de Recién Nacido.

Cabe mencionar que las radiografías en la etapa de RN pueden no revelar la alteración, aun cuando se mantiene la cadera luxada, por que gran parte de la pélvis es cartilaginosa y en consecuencia radiotransparente, las modificaciones reconocibles aparecen al rededor de las 6 semanas de vida.

Es imprescindible establecer que el diagnóstico y tratamiento temprano de la cadera luxable o subluxable en menores de un año puede ser la verdadera solución del problema.

Palabras clave: displasia del desarrollo de la cadera.

SUMMARY

From the December 1st of 1996 to the 31st of August 1997, 700 patients attended of the HRGIZ of the ISSSTE. Were reviewed clinically and with roentgram.

380 (54.2%) were female and 320 (45.8%) were male, from Newborn to 3 months of age. The developmental dysplasia of the hip was diagnosed in 3 patients with DDH did not present any complications and had a favorable evolutions with the established treatmen of external measures of contention. Re-establishing the importance of an intentioned phisical exploration of a Newborn. The roentgram control of a newborn may not show any alteration due to the fact the a large part of the pelvis is cartaliginous and thus radiotransparent. The radiological signs are apparents from 6 Weeks of life. It is of vital importance to establish the correct diagnosis and initiate treatment of luxated or subluxated hi in patients less than 1 year old, as this may be the solutions to the problems.

KEY WORDS Developmental dysplasia of the hip

INTRODUCCION

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) es una entidad ortopédica que sigue teniendo aspectos pendientes de resolver en todos sus puntos a pesar del interés que han puesto en el tema diferentes autores en numerosos países durante muchos años. (1,2)

Su importancia en la ortopedia ha sido y seguirá persistente porque el problema se inicia en la infancia y cuando esta establecida su solución es mas compleja cuanto mayor es la edad, aunado a esto las complicaciones tardías tales como: dolor y dificultad para las actividades secundario a la artritis degenerativa y el desequilibrio en la basculacion pélvica. (3,4,5)

Además tiene múltiples variantes en las distintas etapas, que requieren un amplio conocimiento de la entidad y recursos para resolverla; a pesar de los esfuerzos realizados en los casos tratados tardíamente hay con frecuencia secuelas invalidantes en la edad juvenil, adulta y en la vejez. (6,7)

La DDC es una entidad clínica difícil de resolver, ya que es un padecimiento asintomático, antes de la marcha no existe dolor, actitudes anormales, ni limitaciones de la movilidad fácilmente apreciables por personal médico y paramédico que no se encuentra familiarizado con esta patología y posteriormente durante la marcha los familiares se alarman por la claudicación típica, estableciéndose la importancia que tiene la exploración clínica intencionada, para buscar los signos clínicos diagnósticos en la época de Recién

Nacido, cuando el tratamiento es mas sencillo, no sofisticado, además de ser la etapa en que puede evitarse las complicaciones tardías como la artritis degenerativa. (8,9).

Es imprescindible establecer que el diagnóstico y tratamiento temprano de la cadera luxable o subluxable en menores de un año, puede ser la verdadera solución del problema. (10,11).

Recordando que la DDC, no siempre puede establecerse en el momento del exámen inicial, es por ello que durante los primeros meses de vida es necesario ser explorado por primera vez por el ortopedista y continuar su control subsecuente por el pediatra, el médico familiar o la enfermera pediatra quienes deben repetir el examen en forma periódica, hasta que el niño inicie la deambulación (12,13,14).

La ortopedia es una especialidad quirúrgica que realiza procedimientos costosos en todos sus aspectos y además los altos costos del material protésico que se utiliza para resolver las secuelas tardías de esta entidad, para ofrecerle al paciente una vida social y funcional libre de dolor y productiva, es por ello que la base primaria para evitar todos estos aspectos de complicaciones tardías, es el diagnóstico clínico temprano y oportuno en la etapa del Recién Nacido (15).

Es por ello que el presente trabajo esta encaminado para conocer la incidencia real en este hospital basado en un estudio comparativo clínico radiografico, realizar un diagnóstico y establecer un tratamiento oportuno. (16)

MATERIAL Y METODOS

Se presento un estudio observacional, longitudinal y transversal durante el periodo comprendido del 1º de Diciembre de 1996 al 31 de Agosto de 1997, se estudiaron un total de 700 pacientes, a los que se les realizó un estudio comparativo clínico radiográfico, ambos sexos y todos correspondieron a la etapa de Recién Nacido hasta los tres meses de edad en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Se incluyeron todos los niños RN que nacieron en este hospital sanos con y sin diagnóstico previo de displasia del desarrollo de la cadera, se excluyeron los recién nacidos con patología agregada (insuficiencia respiratoria, hipoxia neonatal, prematuros) y se eliminaron aquellos DDC teratológica, mayores de 3 meses y los que no fueron traídos por sus madres a la consulta.

A todos los pacientes que nacieron en este Hospital y que se les realizó el estudio previo consentimiento de la madre y una explicación amplia en que consistía el procedimiento y lo imprescindible de éste estudio, se colocaba al paciente en la mesa de exploraciones poco acojinada, en decúbito supino con ambas caderas descubiertas, manteniendo al niño tranquilo para evitar tensión muscular y falsos negativos, las manos del explorador tibias buscando los signos físicos de Ortolani, Barlow, limitación a la abducción asimetría de los pliegues gluteos, popiteos y de longitud de los miembros pélvicos en la etapa de RN y corroborando en la consulta externa 4 semanas después con dos proyecciones radiográficas, posición de Von Rosen II y

anteposterior de pélvis, realizando mediciones radiográficas en base a la línea de Perkins, Hilgenreiners, Shenton, de Calve, Von Rosen I y II,  ndice acetabular,  ngulo C de wiber, ángulo de shap, p ico de la ceja acetabular.

RESULTADOS

En el periodo comprendido 1º de Diciembre de 1996 al 31 de Agosto de 1997, se llevo a cabo un estudio comparativo clínico-radiográfico, revisando un total de 700 pacientes, de estos, 380 (54.2%) correspondieron al sexo femenino y 320 (45.8%) al sexo masculino; sus edades fluctuaron entre Recién Nacidos y los tres meses de edad.

RN 580(82.8%)

1-2 meses 110(15.8%)

2-3 meses 10(1.4%)

Encontrando un total de 697 niños sanos (99.5%) y 3 con DDC (0.5%) el diagnóstico clínico de displasia del desarrollo de la cadera se observo en dos RN mujeres (0.30%) y un RN hombre (0.20%).

La cadera mas afectada fué la derecha con dos casos (0.3%) y la izquierda solo uno (0.2%).

Aquellos niños que resultaron con displasia del desarrollo de la cadera se inicio el tratamiento con aparatos de contención externa removibles (arnés de pavlikc y/o cojín de freijka) con controles subsecuentes observando su evolución y efectividad del tratamiento en el 1º, 3º y 6º mes respectivamente, y aquellos que no resultaron con DDC se les dio un seguimiento al 1º y 6º mes recordando que las etapas iniciales puede pasar desapercibida la enfermedad.

De los tres niños con DDC ninguno presento complicaciones y todos evolucionaron a la mejoría dándose de alta al 9º mes y cita abierta a la consulta externa.

DISCUSION

La displasia del desarrollo de la cadera incluyen aun amplio espectro de anomalías, que comprende desde una simple inestabilidad de la cadera con laxitud capsular, displasia del acetábulo, hasta un desplazamiento completo de la cabeza femoral. En la actualidad, la DDC existe prácticamente en todas latitudes y razas, algunos en forma escasa como la raza negra y los habitantes de los climas tropicales.

En otros es muy frecuente, tomando en cuenta entre muchos factores el modo de envolver y transportar al Recién Nacido, además cuando existe un factor hereditario la frecuencia asciende de manera variable de acuerdo con los distintos autores.

Es frecuente como se ha mencionado, que pase desapercibido por la ausencia de síntomas y signos antes de iniciar la marcha. Es por ello que insistimos buscar de manera intencionada, teniendo siempre en mente un alto índice de sospecha sobre la Displasia del Desarrollo de la Cadera; tomando en cuenta que puede presentarse de manera espontánea y se incrementa cuando existen antecedentes obstétricos familiares, raza, modo de transporte y envolver al niño etc.

No es mi propósito, analizar las modalidades del tratamiento o buscar un método idóneo para el manejo de la DDC, si no mas bien difundir y persuadir, lo imprescindible de la exploración física en la etapa de Recién Nacido y antes de

iniciar la marcha. Estudios bien fundamentados han demostrado que es la etapa en el que, el tratamiento con aparatos de contención externa tienen un alto índice de éxito con mínimas o nulas secuelas, evitando una serie de complicaciones invalidantes en la edad productiva y la vejez.

En la mayoría de los países ha surgido una esperanza de solución integral, basada en la atención temprana, con medidas de prevención y con diagnósticos y tratamientos realizados en la etapa de Recién nacido para lo cual se requiere conocimiento y organización.

En nuestro medio y en los países en situación similar la entidad sigue siendo un problema grave en todas sus etapas, ya que son muchos los casos que se descubren tardíamente.

En el presente estudio se lograron los objetivos señalados; del grupo de población estudiada, se encontraron 0.5% con DDC a los que se les brindó tratamiento oportuno, sencillo y barato, teniendo una evolución satisfactoria, recalcando que el estudio radiográfico no es recomendable de manera rutinaria en el Recién Nacido basándose como estudio diagnóstico, si no más bien tienen significado valor para el control del tratamiento y evolución de la enfermedad: recordando que la etapa de Recién Nacido las radiografías pueden no revelar la alteración, aun cuando se mantiene la cadera luxada, por que gran parte de la pélvis es cartilaginosa y en consecuencia radiotransparente, esto en manos

inexpertas. Es así que el exámen radiológico negativo no descarta DDC; las modificaciones reconocibles aparecen al rededor de las 6 semanas de vida.

Por lo tanto es imperioso insistir en que para su solución se requiere preparación del médico ortopedista y la cooperación de diversos especialistas (el Obstetra, el Medico general, el Pediatra, la enfermera)

los familiares y maestros para la detección oportuna de este padecimiento.

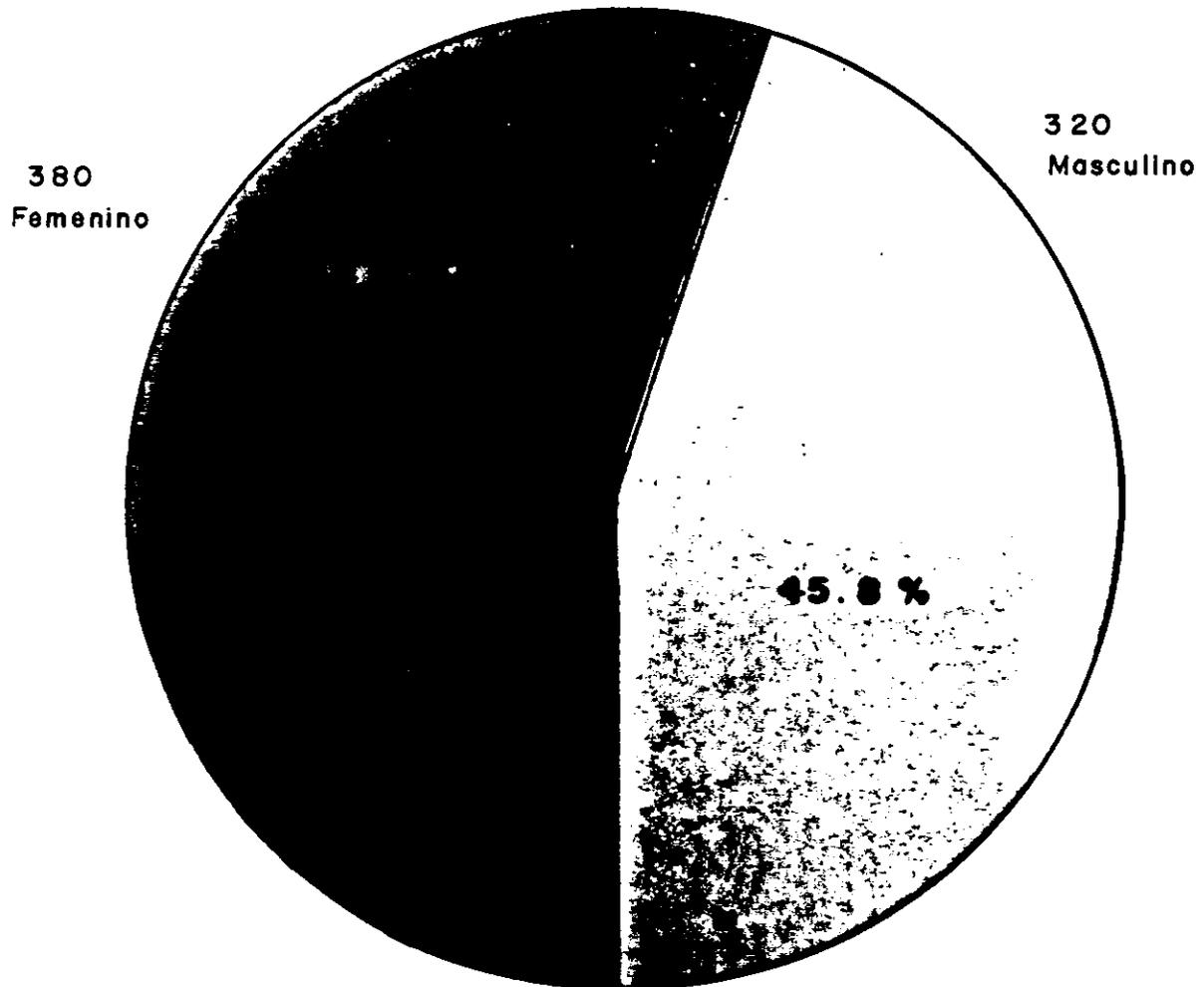
BIBLIOGRAFIA

1. John W. CH. Movement of the femoral head after salter osteotomy for acetabular dysplasia. J. Bone Joint Surg. 1990 72-B:563-7
2. Sierra F. Luxacion congenita de la cadera; Editorial Limusa 1992 pp 71-230
3. Chiaki Hamanishi, the Spitzzy shelf operation for the dysplastic hip. Acta Orthop Scand 1992:63(3) 273-277.
4. Robert N Clinicas ortopedicas de norteamerica; edit intermadica 1991 pp 115-134
5. I.H Thomas. Avascular Necrosis after open reduction for congenital dislocation of the hip. J. pediater orthop 1989 9:525-531
6. W. Lovell B. Winter. Ortopedia pediatrica; edit panamericana 1993 pp 705-738
7. C.J. kershaw. Revision of failed open reduction of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 1993 75-B 744-4
8. Tachdjian. Ortopedia pediatrica. Edit interamericana 1994 pp 322-531
9. J. Luiz P. Borges. Congenital dislocation of the hip in boys J. Bone Joint Surg. 1995 77-A:975-84
10. J. Fernandez Gonzalez. Obturator dislocation in developmental dislocation of the hip. J. Pediatric Orthop 1996 part B 5:129-131
11. D. Tonnis. Surgical treatment of congenital dislocation of the hip clinic. Orthop related Research 1990 N 258- 33-40

12. H.J. Robinson Jr. Avascular Necrosis in Congenital hip dysplasia the effect of treatment. J . pediater orthop 1989 9: 293-303
13. S. B. Murphy. The prognosis in Untreated displasia of the hip. J. Bone Join Surg. 1995 77-A: 985-989
14. Koheler-R. Congetital dislocation of the hip in extrauterine pregnancy J. Bone Join Surg. 1997 79(2): 343
15. Leunig. M Evaluation of the acetabular labrum by artrography. J. Bone join Surg 1997 79(2): 230-4
16. Shier-Chieg. A comparative study of nonoperative versus operative treatment of developmental dysplasia of the hip in patients of walking age. J . pediater Orthop. 1997 17:181-88.

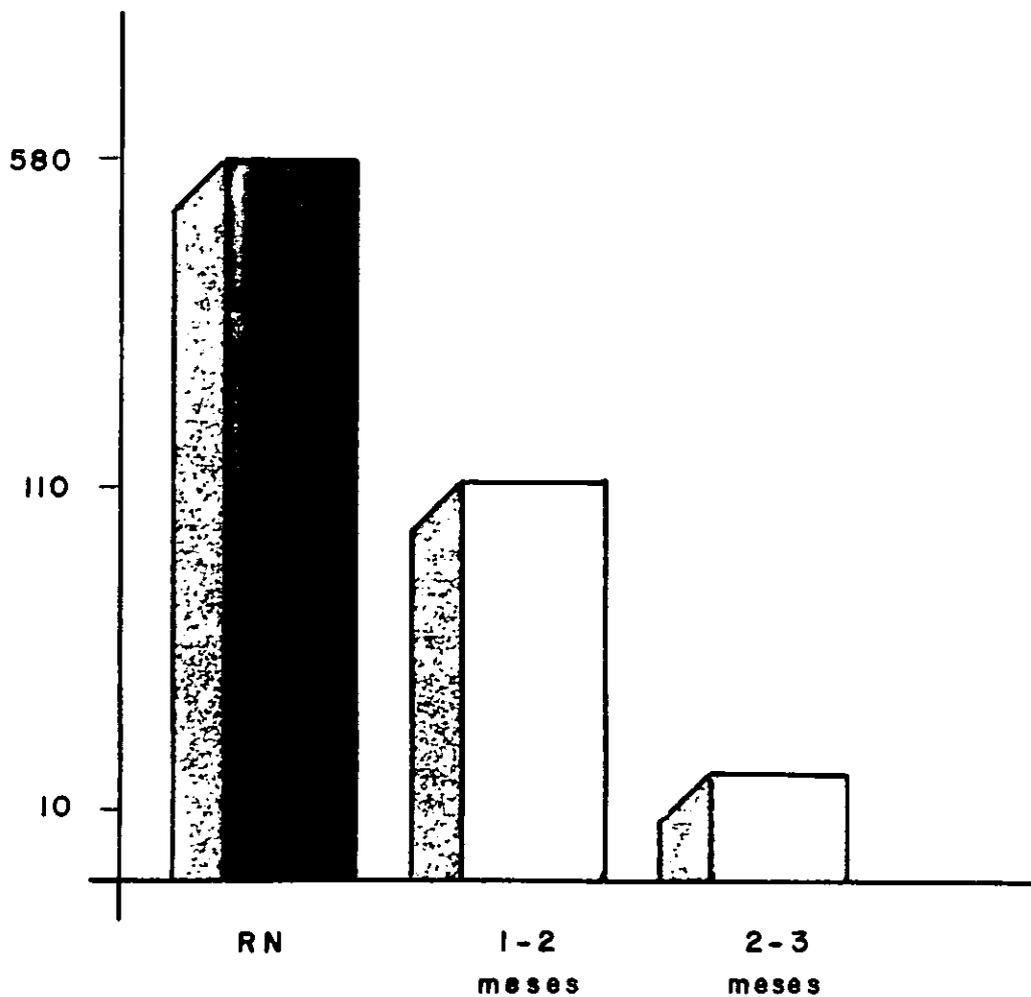
DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA N.º 1

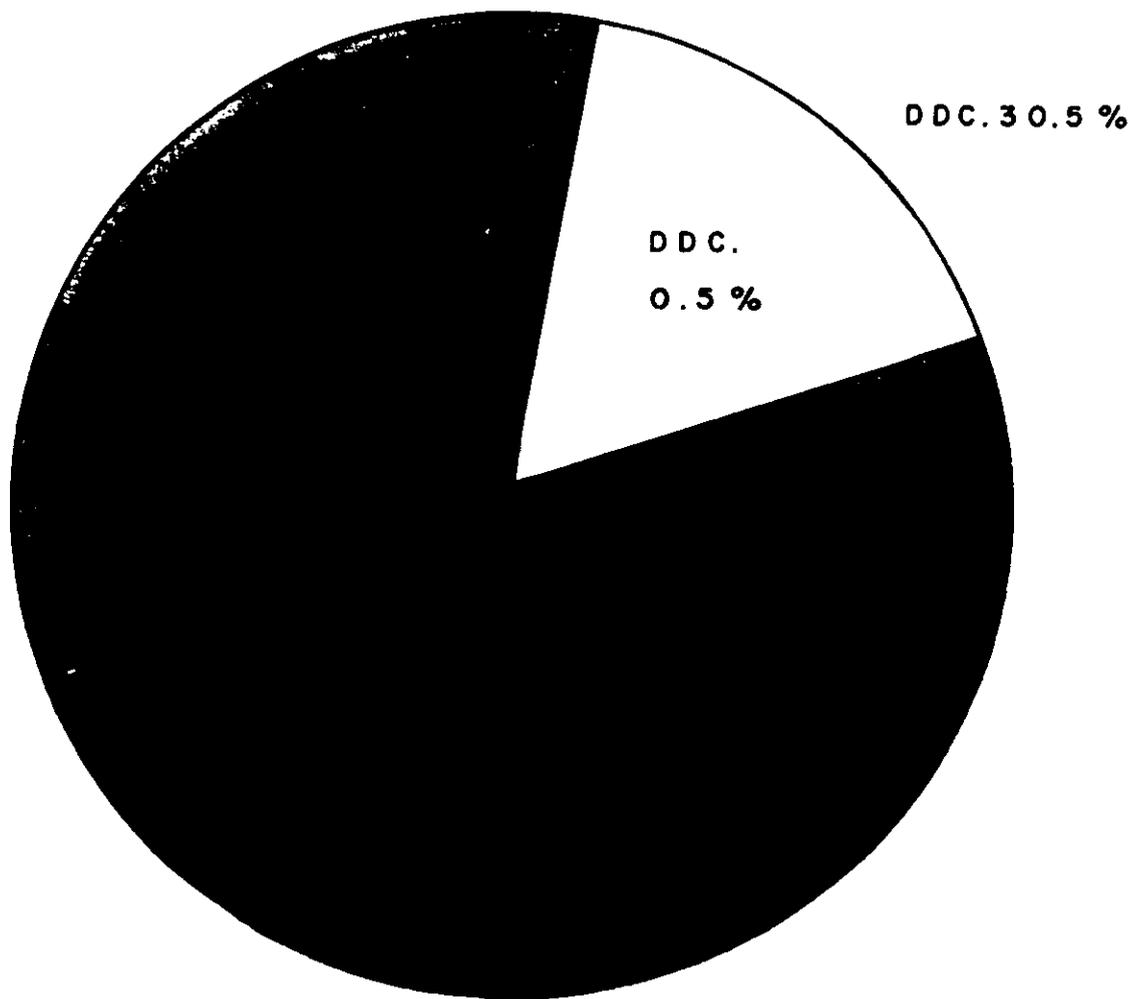


POR GRUPOS DE EDAD

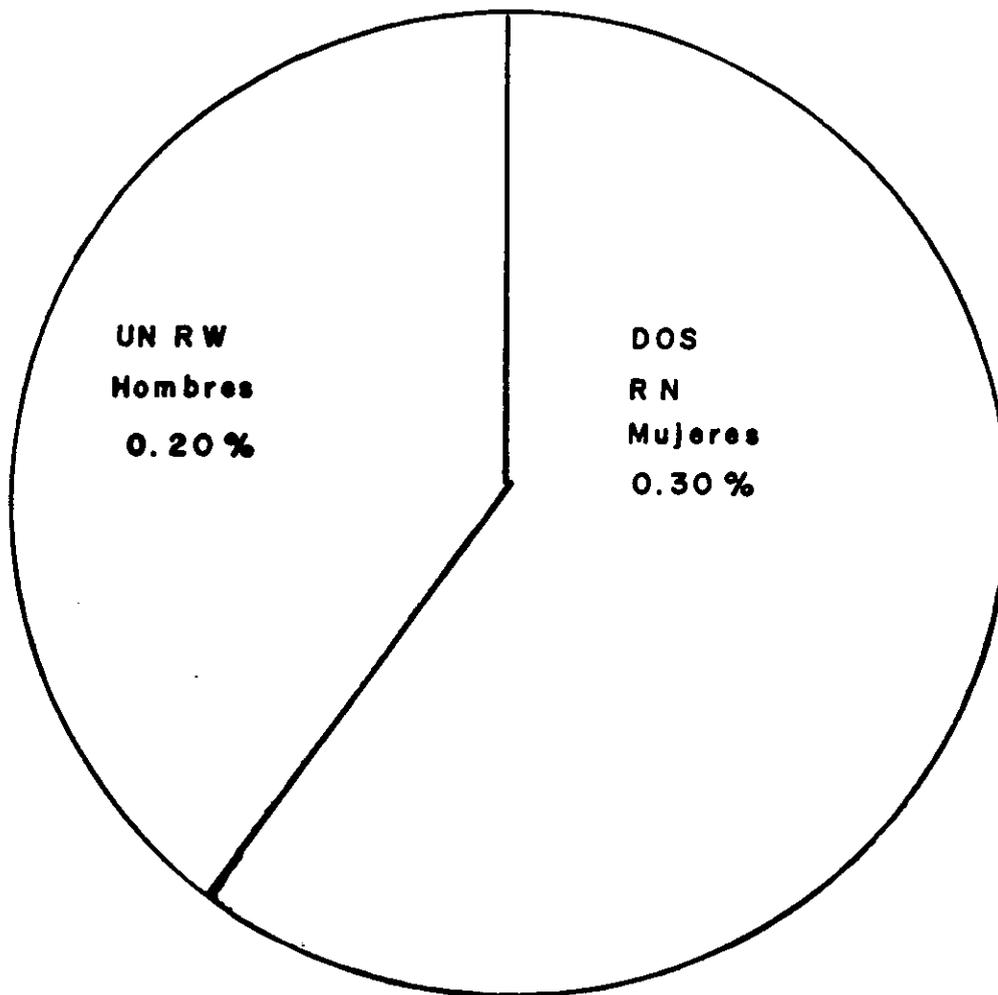
GRAFICA N° 2



SANOS Y ENFERMOS
GRAFICA N.º 3



GRAFICA No. 4 ENFERMOS ENCONTRADOS X SEXO



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA N.º 5 LADO AFECTADO

