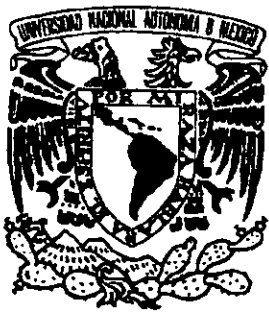


173
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS COMPILACIONES
MAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, ASI COMO REPERCUSIONES
OBSERVADAS EN EL NEONATO.

TESIS DE POSTGRADO INVESTIGACIÓN CONTABLE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA:

DRA. ALFA LARISSA NAVA OLIVA

MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265217



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.

A MIS PADRES POR EL AMOR Y APOYO
QUE ME BRINDAN A CADA MOMENTO.

A MIS HERMANOS CON CARIÑO
POR CREER EN MI.

A IVAN Y ALINE POR SER LA FUENTE
DE INSPIRACION PARA MI SUPERACION
GRACIAS MARTHA.

AL DR. JORGE LUIS HERNANDEZ LOPEZ
POR SU AMISTAD DESINTERESADA, POR
LA CONFIANZA QUE DEPOSITO EN MI,
EL APOYO Y ENSEÑANZA BRINDADA DU-
RANTE MI FORMACION Y PARA LA REA-
LIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

A MIS MAESTROS:

DR. ADRIAN COY ROMO

DR. CARLOS CERVANTES.

DR. GUILLERMO ARGUELLES LONA.

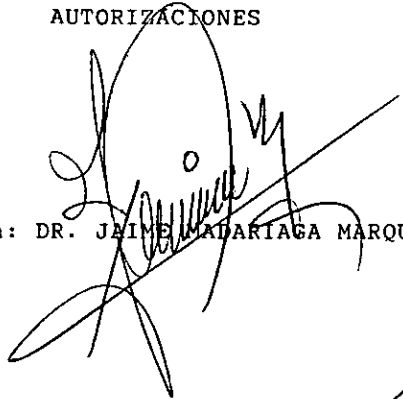
DR. ROBERTO DIEZ LOZANO.

DR. ABEL GALICIA GALARZA.

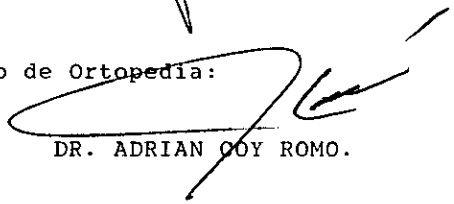
POR SUS CONSEJOS Y SU GUIA EN
MI PRACTICA QUIRURGICA Y LA -
TRANSMISION DE SU EXPERIENCIA
EN EL TRATAMIENTO DE LOS PRO-
BLEMAS ORTOPEDICOS.

10
2es.

AUTORIZACIONES



Jefe de enseñanza: DR. JAIME MADARIAGA MARQUEZ.



Jefe de Servicio de Ortopedia:

DR. ADRIAN COY ROMO.



Asesor de Tesis: DR. JORGE LUIS HERNANDEZ LOPEZ.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
NOV 13 1995
HOSPITAL TACUBA
ENSEÑANZA

ICSSSE.
Dpto. de Investigación
NOV 13 1995
HOSPITAL TACUBA
REVISADO

Tratamiento de la luxación congénita
de la cadera hasta 2 años de edad
en la unidad

1.-	Introducción	1
2.-	Justificación	9
3.-	Hipotesis	10
4.-	Objetivos	11
5.-	Antecedentes Historicos y Cientificos	12
6.-	Biomecánica de la cadera	13
7.-	Función normal de la cadera	13
8.-	Biomecánica de las caderas con luxación congénita	22
9.-	Equilibrio de la cadera	23
10.-	Tratamiento del Recien Nacido	24
11.-	Material y Métodos	26
12.-	Criterio de Inclusión y Exclusión	27
13.-	Resultados	28
14.-	Conclusiones	32
15.-	Gráficas	anexo
16.-	Bibliografía	33

INTRODUCCION

La luxación congénita de cadera auténtica, donde la cabeza del fémur y el acetábulo no se formaron en mutua proximidad durante la embriogénesis, es extraordinariamente rara y puede que ni siquiera exista, por lo que el termino displasia congénita de cadera engloba todo un espectro de anomalías anatómicas que afectan la articulación de la cadera y las estructuras relacionadas con ella como son: acetábulo, cabeza femoral, cápsula, ligamentos intra-articulares y músculos.

La etiopatogenia de la displasia congénita de la cadera comprende una amplia gama de factores relacionados -- con la raza, el origen geográfico, el sexo, la etapa de desarrollo fetal, y la función de las estructuras afines (que como sabemos las articulaciones son formadas por la función óptima de las estructuras que la conforman.)

La forma de displasia congénita de cadera más típica, bilateral en el 25 % de los casos más frecuente en la cadera izquierda, se ve unas cinco veces más en las niñas -- que en los niños.

Esta incidencia mayor se atribuye a la laxitud ligamentosa en el momento del nacimiento y poco después, quizás como respuesta de los ligamentos a las hormonas maternas circulantes, que ejercen una acción relajante sobre

ellos. A pesar de los factores hormonales y la mayor frecuencia en las niñas, no se conoce con certeza la relación causal que se les suele atribuir.

Lo más probable es que la agresión contra el feto en el momento en que se desarrolla la cadera, conduzca a una deficiencia focal del fémur y no a una luxación congénita de cadera.

Aunque en la gran incidencia de las caderas luxadas en lactantes que nacen con presentación de nalgas, aquí hay que tener en cuenta un factor etiológico de carácter mecánico muy importante.

Si no se investigan con cuidado todos los factores concomitantes, es posible interpretar erróneamente o asignar demasiada importancia a uno de los componentes de la etiología y a su relación con el tratamiento quirúrgico de la displasia congénita de cadera.

En general se coincide en que, cuanto antes se diagnóstica una displasia congénita de cadera y cuanto antes se emprende el tratamiento, tanto mejor es el resultado a largo plazo. Cuanto más se demora el tratamiento, mayor gravedad revisten las deformidades concomitantes secundarias al crecimiento y al desarrollo, las progresivas con fracturas de partes blandas y la malposición de las superficies articulares cartilaginosas.

En un conjunto de estudios se reseñó el examen de las caderas de los recién nacidos en neonatología y el programa terapéutico para los hallazgos físicos o radiológicos anormales. En cuanto a los signos físicos, los más termi-

nantes son el "clic" positivo de Ortolani y el signo positivo de cadera inestable de Barlow: se supone que el que primero ocurre cuando la cabeza femoral se desliza por el borde posterior de acetábulo o del limbo durante la recolección y el segundo cuando la cabeza femoral es dislocable y cruza el labio posterior del acetábulo al luxarla. Otros datos físicos que sugieren cadera anómala son oblicuidad de la pelvis y asimetría de los pliegues cutáneos, acortamiento aparente del fémur, signo de Galeazzi y restricción de la abducción pasiva en posición flexionada.

El tratamiento debe instituirse antes que se endurezcan los tejidos blandos secundarios relacionados con la articulación y antes del desequilibrio muscular que habrá de ocurrir en las próximas semanas.

En la mayoría de los casos, a los 4 - 8 semanas el niño habrá perdido el signo de Barlow y/o Ortolani positivos porque los ligamentos estarán en tensión. (Fig. 2 y 3).

En los primeros 2 - 3 meses de vida es diagnóstico de displasia congénita de la cadera se basa principalmente en el examen clínico, (Fig. 2 y 3) que se confirmará con el estudio radiológico, (Fig. 1) es necesario obtener radiografías confirmatorias en las incidencias anteroposterior y lateral o acetabular. Los rasgos radiográficos clásicos comprenden la relación entre el fémur proximal y el acetábulo y el desarrollo integrativo de estas dos estructuras. En los tres primeros meses de-

vida la interpretación puede ser difícil por que la cabeza del fémur suele no estar osificada todavía. Por -- tanto, con la finalidad de obtener una orientación diag-- nóstica habrá que apelar a una serie de recursos radio-- gráficos a saber: Índice acetabular, Línea de Perkins, - Línea de Shenton, Mediciones de Hilgenreiner, Medicio - nes de Von-Rosen, Gota de lágrima, Angulo centro borde. (Fig. 1).

Una vez tomado en cuenta lo expuesto anteriormente y hecho el diagnóstico, nos topamos con la decisión de - iniciar cuanto antes el tratamiento.

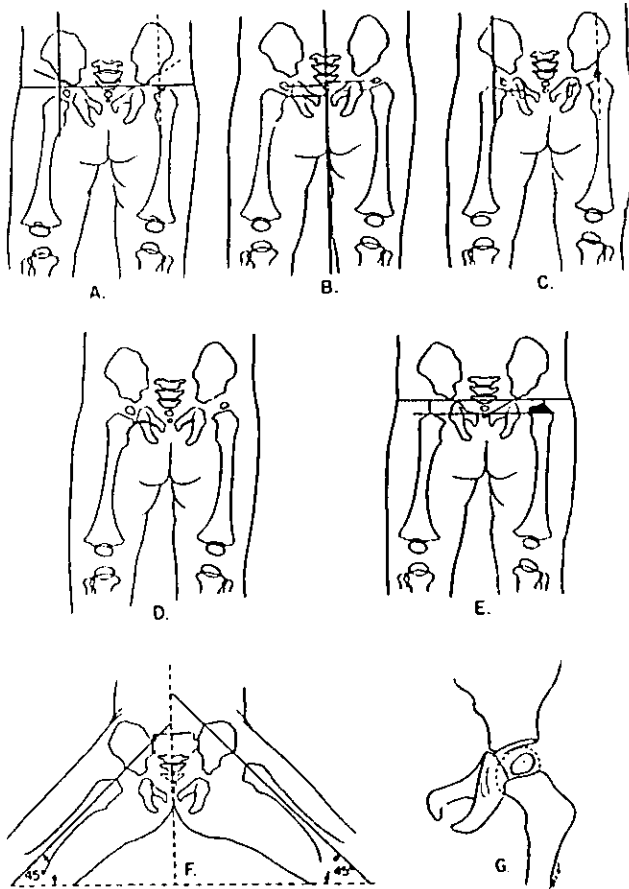


Fig:1

- a) Cuadrantes de Putti y ángulo acetabular.
- b) Coordenada de Ponseti.
- c) Angulo CE
- d) Línea Shenton.
- e) Von Rosen I
- f) Von Rosen II
- g) Lagrime de Koehler.

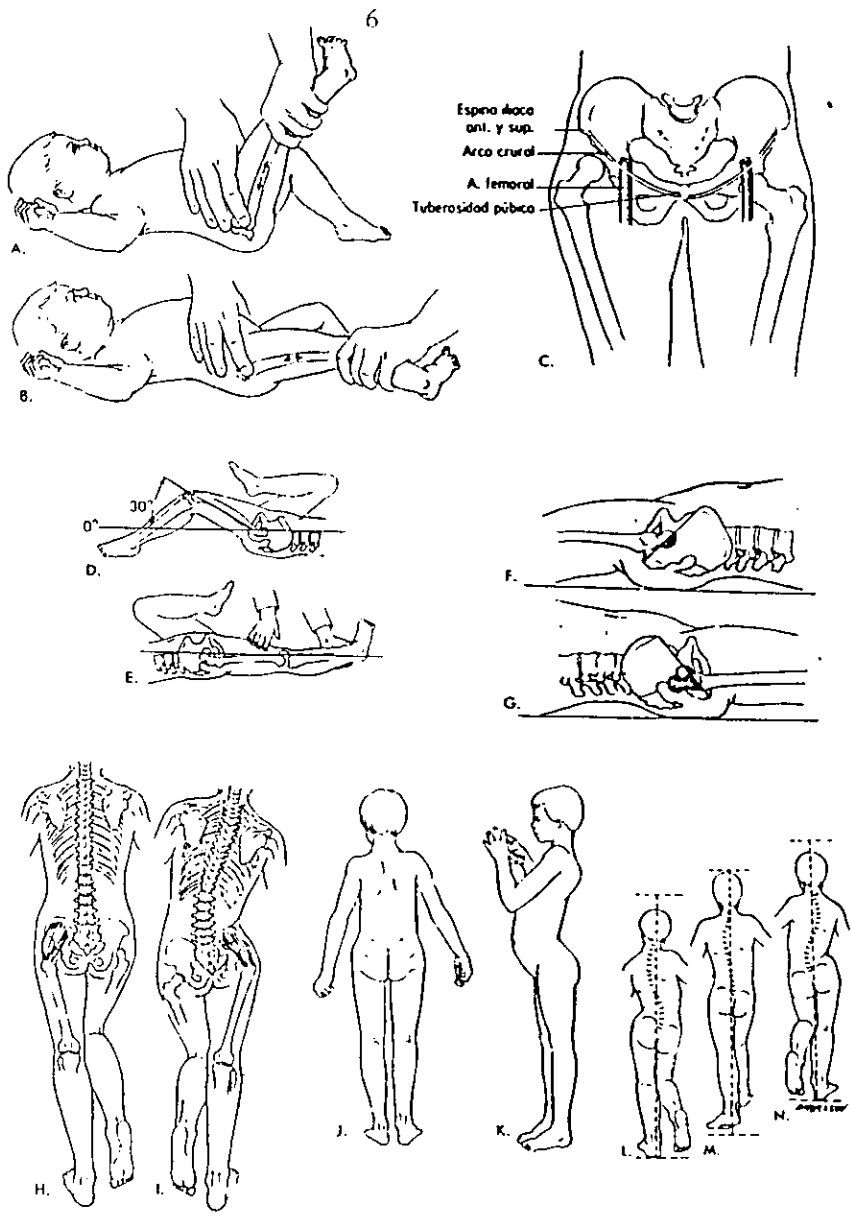


Fig:2

Datos de luxación Congénita de Cadera

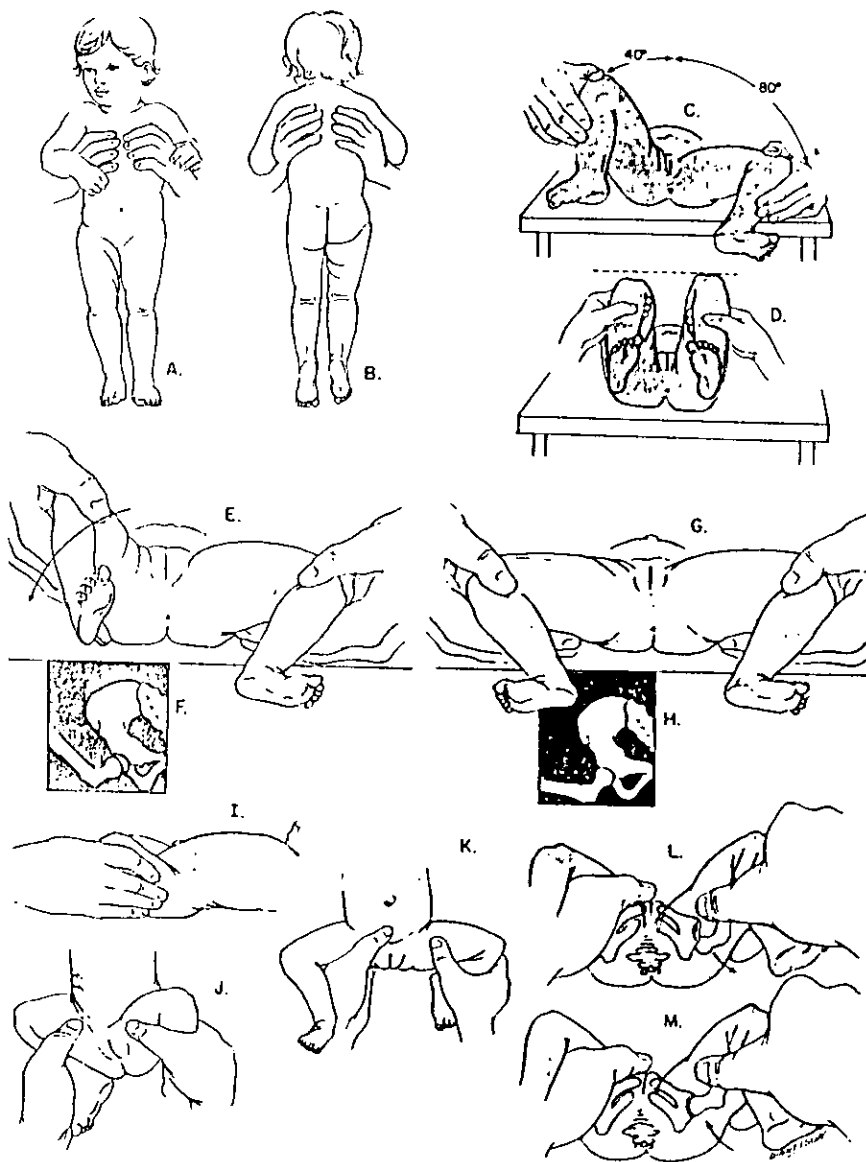


Fig: 3
 Datos Físicos de luxación Congénita de Cadera.

Fig: 2

a y b) Piston.

c) Falta de cabeza femoral en su sitio.

d y e) Cadera floja.

f y g) Línea de Nelaton.

h e i) Trendelenburg positivo.

j) Espacio perineal aumentado.

k) Hiperlordosis.

l,m,n) Balanceo de pato.

Fig: 3

a y b) Asimetría de plieguez.

c) Abducción limitada.

d) Signo de Galeazzi positivo.

e a h) Signo de Ortolani

i a m) Prueba de Barlow.

JUSTIFICACION

Debido al incremento de la incidencia de la luxación congénita de cadera en la unidad, consideramos necesaria la -- revisión actualizada del tratamiento para dicha entidad -- nosiológica, ya que la importancia del tratamiento en etapas tempranas nos ofrece resultados óptimos si los principios -- son bien aplicados.

HIPOTESIS

- Ha) Los tratamientos usados en el Servicio de Ortopedia - del Hospital Tacuba del ISSSTE para luxación congénita de cadera del tipo de ferulas de abducción, tenotomía de abductores, osteotomías ilíacas y femorales, - así como reducciones abiertas son las adecuadas.
- Ho) Los tratamientos usados en el Servicio de Ortopedia - del Hospital Tacuba del ISSSTE para la luxación congénita de cadera del tipo de ferulas de abducción, tenotomía de abductores, osteotomías ilíacas y femorales, así como reducciones abiertas no son las adecuadas.

OBJETIVOS

- 1.- Confirmar que el tratamiento de luxación congénita - de cadera de 0 - 2 años de edad en la unidad de traumatología de Ortopedia del Hospital Tacuba del -- ISSSTE es el adecuado.
- 2.- Modificar de ser necesario el tratamiento de la luxación congénita de cadera de 0 - 2 años en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Tacuba del ISSSTE.

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS

La luxación congénita de cadera es una entidad nosológica ya conocida y reportada por Hipócrates en el año 460 a.c., y posteriormente en 1700 Andre Pare y Verdum reportaron y dieron bases del diagnóstico de luxación congénita de cadera. Las cuales afino Paleta en 1788 y Dupuy -- tren dio el manejo médico de la luxación congénita de cadera en 1826.

Desde el punto de vista quirúrgico, vemos que al revisar la literatura, se encontró que Paoli en 1187, reporto la primera técnica quirúrgica que tenia como finalidad modificar la dirección del acetábulo considerandose como la primer acetabuloplastia, esto fue en un solo caso, teniendo que pasar más de 700 años para que se continuaran los trabajos quirúrgicos, siendo así que hasta 1891 -- Koing describio una osteotomía iliaca de repisa la cual fue compartida y practicada por Lexer en 1905.

Lance, 20 años después dio las bases para dichas osteotomías.

En los últimos años se ha incrementado al interés por -- dar a la articulación de la cadera, con luxación congénita un mejor pronóstico, cuando esta requiere de un manejo quirúrgico, y se han llevado a cabo la de Chiari (en 1955)., Pemberton (en 1958) y la de Salter (en 1961).

BIOMECÁNICA DE LA CADERA

La articulación de la cadera es probablemente la más ampliamente estudiada en el cuerpo humano, desde el punto de vista biomecánico. Por lo tanto, no hay nada que decir de nuevo sobre ello. Sin embargo, es útil enfocar la atención en los principios biomecánicos que se encuentran afectados en los niños, en relación con la luxación congénita de la cadera y su tratamiento, de tal manera que ayude a construir bases racionales para su intervención terapéutica.

FUNCION NORMAL DE LA CADERA

La cadera es la articulación proximal del miembro inferior; tiene tres sentidos de libertad de movimientos y tres ejes: el transversal, donde se realiza la flexoextensión. El anteroposterior, donde se efectúa la abducción y el vertical, donde se logra la rotación interna y externa.

La cadera es una enartrosis o articulación poliaxial que goza de gran estabilidad, motivo por el cual su luxación no es fácil.

Los movimientos de la cadera, como antes mencionamos son seis. El de flexión que es de 90 grados, con rodilla en extensión y cuando la rodilla se encuentra flexionada, alcanza los 120 grados. La extensión es de 20 grados con

BIOMECANICA DE LA CADERA

La articulación de la cadera es probablemente la más ampliamente estudiada en el cuerpo humano, desde el punto de vista biomecánico. Por lo tanto, no hay nada que decir de nuevo sobre ello. Sin embargo, es útil enfocar la atención en los principios biomecánicos que se encuentran afectados en los niños, en relación con la luxación congénita de la cadera y su tratamiento, de tal manera que ayude a construir bases racionales para su intervención terapéutica.

FUNCION NORMAL DE LA CADERA

La cadera es la articulación proximal del miembro inferior; tiene tres sentidos de libertad de movimientos y tres ejes: el transversal, donde se realiza la flexoextensión. El anteroposterior, donde se efectúa la abducción y el vertical, donde se logra la rotación interna y externa.

La cadera es una enartrosis o articulación poliaxial que goza de gran estabilidad, motivo por el cual su luxación no es fácil.

Los movimientos de la cadera, como antes mencionamos son seis. El de flexión que es de 90 grados, con rodilla en extensión y cuando la rodilla se encuentra flexionada, alcanza los 120 grados. La extensión es de 20 grados con

la rodilla extendida y de 10 grados con la rodilla en flexión. Estos movimientos estan dados por los músculos isquiotibiales que permiten que aumente o disminuya su movilidad.

La abducción de la cadera es de 45 grados como máximo. La aducción pura no existe, ya que se interpone el miembro pelvico contra lateral, por lo que necesita ir acompañada de otros movimientos para efectuarla. y entonces alcanza 30 grados.

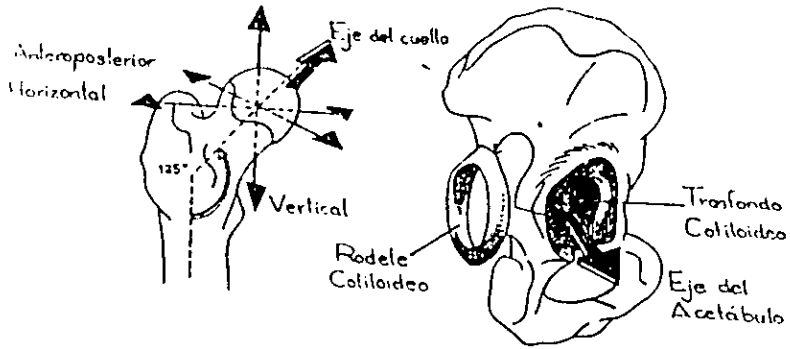
La rotación interna es de 30 grados y la externa tiene una amplitud de 60 grados.

La cadera como se menciona anteriormente es una enartrosis y sus superficies articulares son esféricas. La cabeza femoral constituye dos tercios de esfera, el cuello de fémur sirve de apoyo a la cabeza y asegura su unión con la diafisis. El ángulo del cuello es de 125 a 135 grados y se llama ángulo de inclinación. El ángulo de declinación o anteversión es de 10 a 30 grados. Estos ángulos pueden ser variables; dependiendo de la configuración del individuo.

La cavidad cotiloidea recibe a la cabeza femoral y se encuentra en la cara externa del hueso iliaco, tiene forma de hemiesfera, limitada de su contorno por la ceja cotiloidea. Tan solo la periferia del cótilo está incrustada en cartilago; se trata de una media luna articular interrumpida por su parte en su parte inferior por la escotadura isquiopubiana. En la ceja del cótilo se fija el rodete cotiloideo.

La orientación del cótilo es hacia abajo y hacia adelante, el eje del cótilo forma con la horizontal un ángulo de 30 a 40 grados, lo que indica que la porción superior del cótilo desborda por fuera a la cabeza y este desbordamiento se mide por el ángulo Wiberg, de 30 grados. A nivel del techo cotiloideo es donde la presión de la cabeza es mayor y donde el cartilago de la misma y de la media luna articular es más grueso. (Fig. 4).

EJES DE LA ARTICULACION



Anteversión Femoral

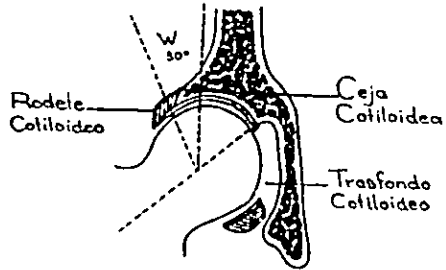


Figura 4

Por tanto, en la posición de bipedestación, la cabeza no se encuentra completamente cubierta ya que sobresale toda la parte anterosuperior de su cartilago.

Esto se debe a que la orientación del cótilo es oblicua, hacia abajo, hacia adelante, y hacia afuera y la de la cabeza femoral es oblicua hacia arriba, hacia adelante y hacia adentro.

El rodete cotiloideo aumenta considerablemente la profundidad del acetábulo y favorece la coaptación de la cabeza y acetábulo.

El ligamento redondo es una cintilla fibrosa que se localiza en el transfondo de cavidad cotiloidea y que va de la escotadura ilipopubiana hacia la cabeza femoral.

La función mecánica que desempeña el ligamento redondo es de escasa importancia. Sin embargo contribuye a la vascularización de la cabeza femoral, ya que la rama posterior de la arteria obturatriz emite una arteriola al ligamento redondo. Por su parte, el cuello y la cabeza femoral están irrigados por las arterias capsulares, ramas de la circunfleja anterior y posterior y colaterales de la femoral profunda.

La cápsula articular se inserta medialmente en la ceja cotiloidea, en el ligamento transverso y en la periferia del rodete, y por su extremo lateral a la línea intertrocanterica anterior del fémur ventralmente y a nivel de los 2 tercios mediales en el tercio lateral del cuerpo femoral. Su función va a ser la de favorecer la unión del fémur con el acetábulo y ayudar a limitar ---

los movimientos.

Esta cápsula esta reforzada por los ligamentos iliofemorales y pubofemorales e isquiofemorales.

Los factores que favorecen la coaptación de la cadera son partes blandas como músculos, ligamentos y cápsulas asi como la presión atmosférica.

En la estabilidad de la cadera juega un papel importante el muscular ya que los músculos cuya dirección es semejante a la del cuello femoral sujeta la cabeza al cótilo; como son el músculo piramidal, el obturador -- externo y los glúteos, principalmente el menor y el mediano. Los músculos en dirección longitudinal de la cadera: los aductores, y el psoas iliaco tienden a luxarla.

Los factores óseos, como la dirección del cuello femoral, intervienen de gran manera en la estabilidad de la cadera; tambien influyen en la estabilidad el ángulo de anteversión, que al aumentar favorece la luxación.

La estabilidad en la cadera anteroposterior esta dada por ligamento de Bertin, que limita la inclinación hacia atras de la pelvis, y la inclinación hacia adelante se debe principalmente por los extensores, principalmente por el gluteo mayor. La estabilidad transversal la provoca por la eficacia de los abductores y por la longitud del cuello.

Cuando la pelvis está en apoyo bifateral, su equilibrio transversal se haya asegurado por la acción simultánea y bilateral de los abductores y aductores.

Estas acciones antagonistas se encuentran equilibradas, la pelvis está en posición simétrica estable.

Si el equilibrio se rompe la pelvis tendrá un desplazamiento lateral hacia el lado que dominan los aductores, si no se restablece el equilibrio muscular se produce la caída lateral.

En el apoyo unilateral, el equilibrio transversal se encuentra asegurado tan sólo de los abductores del lado apoyado. (Fig. 5).

EQUILIBRIO DE LA CADERA

MF: Músculo Gluteo Medio

TFL: Músculo tensor de la fascia Lata

P: Peso

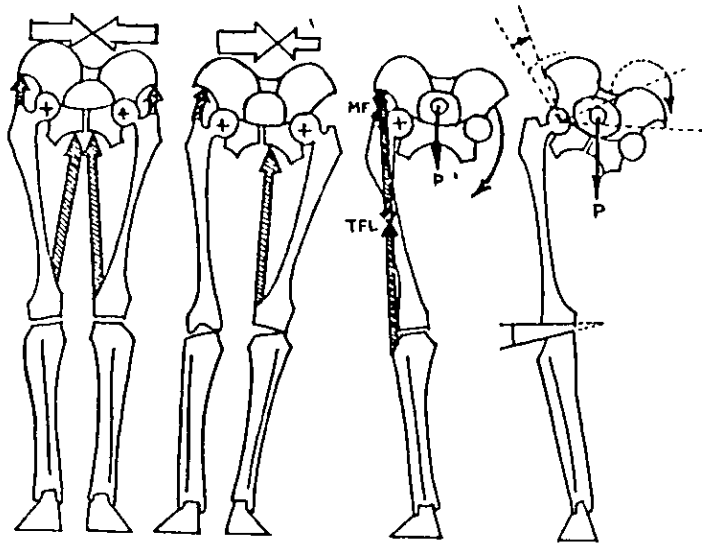


Figura 5

La pelvis obligada por el peso del cuerpo aplicado - sobre el centro de gravedad, tiende a inclinarse en tor_ no a la cadera de apoyo. Por lo tanto en ese momento se puede considerar a la cintura pelviana como una palanca de primer grado, en la cadera portadora o constituyente el punto de apoyo, el peso del cuerpo P aplicado al cen_ tro de gravedad, G presenta la resistencia y la fuerza- del glúteo medio MF aplicada a la espina iliaca antero-

superior hace las veces de potencia. Para que la línea de las caderas permanezcan horizontal, en apoyo unilateral es preciso que la fuerza del glúteo medio sea suficiente para equilibrar el peso del cuerpo, teniendo en cuenta la desigualdad de los brazos de palanca OE y OG.

En este equilibrio de la pelvis los glúteos medio y menor no están solos, si no que cuentan con la ayuda del tensor de la fascia lata. (Fig. 6)

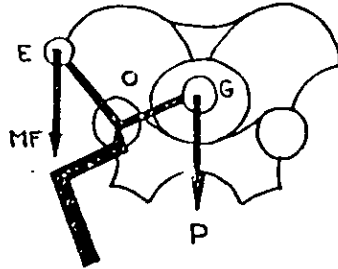


Figura 6

Si cualquiera de las fuerzas musculares se hacen suficientes, la acción de la gravedad deja de estar equilibrada y la pelvis se inclina hacia el lado opuesto del ángulo, que aumenta con la importancia de la parálisis - (9).

BIOMECANICA DE LAS CADERAS CON LUXACION

CONGENITA:

En la luxación congénita de la cadera, la pérdida de un centro de rotación para la cabeza femoral significa que los músculos no tienen un punto fijo alrededor del cual trabajar. Esto no sólo priva a los músculos de una considerable eficiencia, sino que altera severamente la dirección de su tracción y limita el arco de movilidad de la articulación.

Este desarrollo óseo de la cabeza femoral y del acetábulo depende de la dirección y de la magnitud de las fuerzas de stress aplicada a ellos, los cuales son principalmente en su origen. En ambos acetábulo cabeza y femoral ocurre unas alteraciones anatómicas significativas. El acetábulo falla por que no se desarrollo adecuadamente y se verticaliza.

La cabeza femoral no se articula más en zócalo cónico por lo tanto, pierde su forma esférica.

Debido a que la cabeza femoral en la mayoría de los casos toma una posición superior y posterior al acetábulo, los abductores se encuentran marcadamente acortados, con una disminución resultante en su poder. Como una consecuencia, el trocante mayor ya no sujeta a una tracción hacia arriba de la magnitud normal y la cabeza femoral luxada se sujeta a una mucho menor fuerza compresiva vertical. El resultado es una falla en forma de cuello normal y un ángulo cervicodiafisario normal y -

favorece una deformidad en valgo de la cabeza femoral.

En la luxación posterosuperior pudiera parecer que los extensores de la cadera desarrollan una relativa ventaja sobre los flexores, causando nuevamente la anteversión del cuello femoral. Esto frecuentemente y espontáneamente regresa después de la reducción de la cadera, debido probablemente a la restitución del balance entre estos dos grupos musculares.

En la luxación de la cadera, sin embargo, el ligamento redondo está claramente bajo tensión. Esto hace que se alargue y se hipertrofie y es frecuentemente tan largo que una reducción adecuada es imposible a menos que sea extirpado (14).

TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO

En una revisión del tratamiento de la luxación congénita de cadera desde 1990 hasta 1994 encontramos que el tratamiento de la luxación congénita de la cadera no ha tenido grandes cambios ni se ha innovado a los métodos ya conocidos.

En todos los casos la secuencia lógica en el tratamiento : iniciar el tratamiento lo más temprano posible con: el empleo de un dispositivo abductor (llamé férula de Von - Rosen, Arnes de Pavlik, yesos tipo callot, cojin de Frejka, dispositivo de Becker).

Si el dispositivo abductor no permite la reducción adecuada de la cadera después de un tiempo de 6 - 12 meses se considerará como segunda opción el tratamiento quirúrgico realizando: tenotomía de abductores, y osteotomías inominadas, acetabuloplastia , osteotomías desrotadoras.

En las series estudiadas y en la revisión de articulos encontramos que: las series que trabajaron el dispositivo de abducción reportan buenos resultados en un 90 % el restante 10 % se incluyen las no reducciones, luxación recidivante, falla en la estabilización osteocondritis y parecias crurales.

Mientras que para la segunda opción de tratamiento, es decir la quirúrgica, se reporta que para la osteotomía inominada un 90.3 % de excelentes resultados y un 9.7 % de

buenos resultados, en los artículos revisados no existen reportes de necrosis avascular de la cabeza femoral y solo se reporta la presencia de osteocondritis de la cabeza femoral.

MATERIAL Y METODOS .

Se estudiaron 20 pacientes que fueron vistos en la consulta externa de ortopedia del hospital Tacuba del ISSSTE en el lapso comprendido entre: enero de 1990 a diciembre de 1994, con diagnóstico de luxación congénita de cadera vírgenes al tratamiento, los cuales tenían una edad que fluctuaba entre 2 y 6 meses de edad, en cuanto al sexo --- 15 fueron mujeres y 5 hombres, y se les realizó un seguimiento entre 8 y 20 meses y con luxación unilateral de cadera.

Se revisarán los 20 pacientes tanto clínica como radiológicamente tomando radiografías simples en AP y abducción a 45°, todos se encontraban con expedientes completos.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Ambos sexos.
- 2.- Con luxación congénita de cadera uni ó bilateral.
- 3.- Virgenes al tratamiento.
- 4.- Edad entre 0 a 24 meses.
- 5.- Nacidos en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.
- 6.- Con expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes mayores de 24 meses.
- 2.- Pacientes que habfan recibido tratamiento previo.
- 3.- Pacientes con patología agregada, musculoesquelética.
- 4.- Pacientes que abandonaran el tratamiento.
- 5.- No nacidos en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.
- 6.- Con expediente incompleto.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los 20 pacientes tratados fueron los siguientes.

- 1.- La edad fluctua entre 2 y 6 meses con media de 4 meses.
- 2.- En cuanto al sexo: 15 fueron mujeres y 5 hombres.
- 3.- El lado afectado:

cadera izquierda	16 casos.
cadera derecha	4 casos.
bilaterales	0 casos.
- 4.- Tratamientos previos: ninguno.
- 5.- Tiempo de tratamiento: 8 a 20 meses con media de 14 meses.
- 6.- Tratamiento conservador: 18 casos (cojin de abducción)
 Tratamiento Quirúrgico: 2 casos (1 osteotomía innominada y una reducción abierta.)
- 7.- Los resultados se evaluaron en base a la clasificación de Severin radiográficamente y para la etapa clínica con los criterios de Barret, encontrando: los resultados se describen como pobres si algunos de los siguientes criterios son aplicados: Examinación clínica:
 - + Dolor
 - + Presencia de contracturas
 - + Diferencias de más de 1 cm. entre cada una de las piernas
 - + Cojear
 Examinación Radiológica: + Redislocación

- + Necrosis isquémica mayor - del tipo I
- + Menor esfericidad de la cabeza femoral
- + Angulo AC mayor 20°
- + Angulo CE menor 20°

Los resultados se describen como buenos si todos los siguientes criterios son aplicados:

- Examinación radiológica: + Congruencia articular
- + Sin datos de necrosis isquémica
 - + Esfericidad de la cabeza femoral
 - + Angulo AC menor de 20°
 - + Angulo CE mayor de 20°

En base a la examinación clínica tuvimos buenos resultados: 18

	Mujeres: 13
	Hombres: 5
Pobres resultados: 2	Mujeres: 2
	Hombres: 0

En base a la clasificación radiológica.

Buenos resultados: 15	Mujeres: 12
	Hombres: 3
Pobres resultados: 5	Mujeres: 3
	Hombres: 2

Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de luxación congénita de cadera que fueron vistos en la consulta externa de ortopedia del Hospital General Tacuba del ISSSTE, que no habían recibido tratamiento previo, y su edad fluctuaba entre 2 y 6 meses de edad con una media de 4 meses, de los cuales 15 fueron mujeres (75 %) y 5 fueron hombres (25 %), el lado afectado de la luxación congénita de cadera fue: cadera izquierda 16 casos (80 %) , cadera derecha 4 casos (20 %) y bilaterales 0 casos, el tiempo de tratamiento a partir de que fueron captados vario entre 8 y 20 meses con media de 14 meses, se realizó tratamiento conservador con cualesquiera de los dispositivos de abducción existentes en 18 casos (90 %) y tratamiento quirúrgico en 2 casos (10 %) en estos dos últimos casos se hizo una osteotomía innominada y una reducción abierta con tenotomía de abductores. Los resultados fueron evaluados en base a dos criterios a saber: clínicos y radiológicos, tomando las clasificaciones de Barret y Severin respectivamente. En base a los criterios clínicos tuvimos 18 casos (90 %) de buenos resultados y de estos 13 casos fueron mujeres (65 %) y 5 casos fueron hombres (25 %), así mismo, tuvimos 2 casos (10 %) con pobres resultados, los cuales fueron mujeres. Tomando en cuenta los criterios radiológicos, tuvimos de buenos resultados 15 casos (75 %), siendo 12 casos de mujeres (60 %) y 3 casos fueron hombres (15 %), se -

clasificaron como pobres resultados a 5 casos (25 %) ,
teniendo una distribución de 3 mujeres (15 %) y 2 hom-
bres (10 %).

Como podemos ver en los resultados la clasificación clí-
nica de Barret es menos estricta para la clasificación
de los buenos y pobres resultados, mientras que la de --
Severin los clasifica más rigidamente.

CONCLUSIONES

Como podemos observar en el Servicio de Ortopedia del -- Hospital General de Tacuba del ISSSTE. Se trataron 20 ca sos de LCC durante el periodo de 1990 - 1994, de los cua les 15 fueron mujeres y 5 hombres, encontrando que la ca dera izquierda es la más afectada, y se trataron 18 pac ientes con cojin de abducción en cualquiera de sus formas y solo dos pacientes fueron operados por haberse captado en etapas tardias al tratamiento conservador en base a - los resultados obtenidos de 18 pacientes con buenos re - sultados clínicamente y 15 pacientes con buenos resulta - dos radiológicamente podemos concluir que:

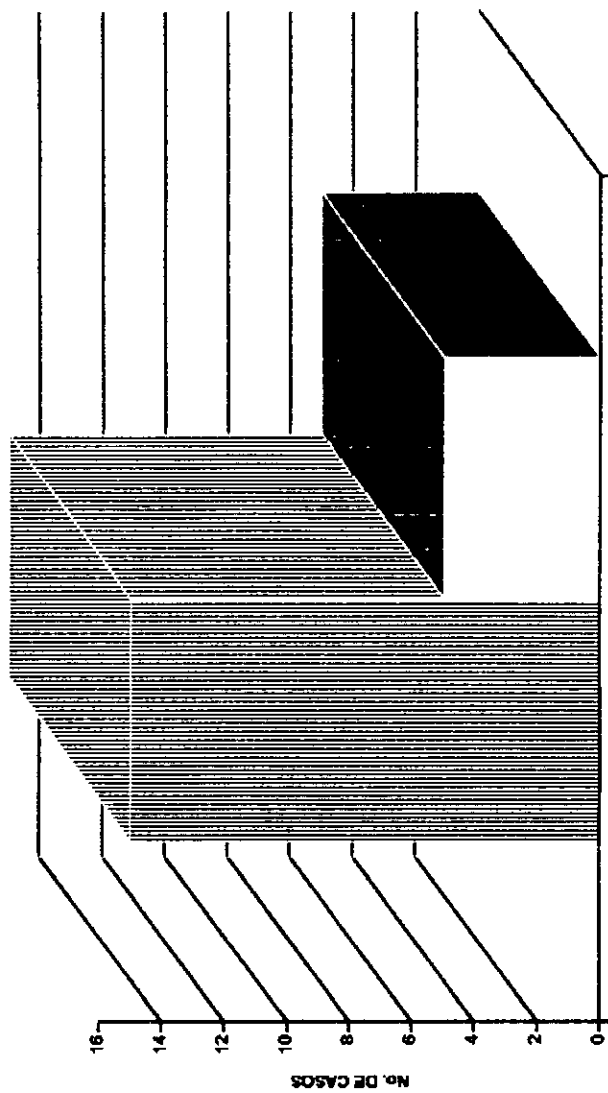
- a) El tratamiento con cojin de abducción que se utiliza - en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Tacu - ba del ISSSTE, en etapas tempranas de la luxación con génita de la cadera, esta acorde con los tratamientos y las tendencias actuales en diversas partes del mun - do.
- b) El tratamiento quirúrgico para las etapas tardias de - LCC nos da pobres resultados, pero tambien están acor - de a los tratamientos actuales.
- c) Podemos decir que el protocolo de tratamiento para -- LCC que se emplea en la unidad es adecuado, corrobo - rando la hipótesis afirmativa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Shigeru Mitani, M.D. Kou Oda, M.D. and Gozo Tanabe, M.D. Prediction for prognosis from radiologic measurements of Patients treated with the Pavlik Harness for congenital Dislocation of the Hip. Journal of pediatric orthopaedics. 13: 0303 - 310 1993.
- 2.- Bart J. Burger, Jan D. Burger, cles FABOS Frejka pillow and Becker device for congenital dislocation of the Hip. acta orthop Scand 64 (3) 305 - 311 1993.
- 3.- Edilson forlin, Hi Ho CHOI, James T. Guille Pronostic Factors in Congenital Dislocation of the Hip treated with Closed Reduction The Journal of Bone and Joint Surgery Sept 8 vol.- 74 - A 1992.
- 4.- Dan Atar, Wallace B. Lehman, Yerahmiel Tenenbaum Pavlik Harness Versus Frejka Splint in treatment of developmental dysplasia of the Hip: Bianter Study. Journal of pediatric orthopaedics 13: 311 - 313 1993.
- 5.- Manamburg G, Pouliquen J.C. Beneux - J Salter's innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation Hip: 129 cases Rev - Chir - Orthop 77 (6) 406 -11 1991.

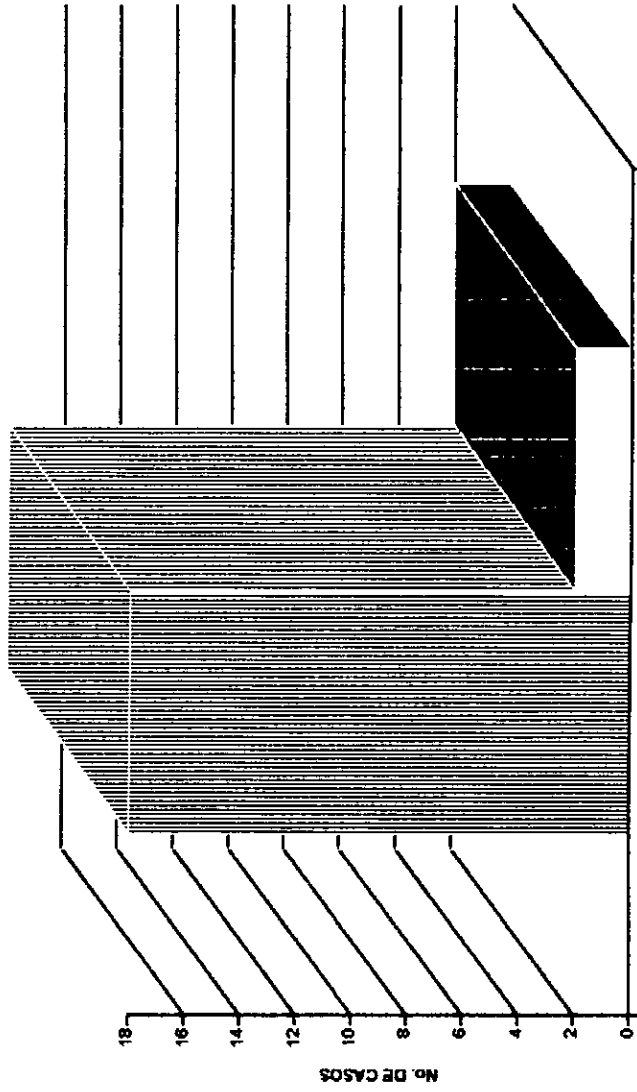
- 6.- Connaultp, Pries - P, Gayet LE, Brax P
Protocol for the use af Plavik Harness in the tre
atmen of congenital dislocation and dysplacia of
the Hip.
J. Chir - Paris 1991 Oct. 128 (10) 428 - 34
- 7.- Kohler - R
Treatment of Congenital dislocation of the Hip.
Rev - Prat 1991 Feb 21 41 (6) 517 - 22
- 8.- Mihram O. Tachdjian
Ortopedia Pediatrica.
Ed. Interamericana 1987.
- 9.- Dr. Miguel Arroniz Sosa
Íncidencia de necrosis avascular Posterior a la -
reducción abierta de la luxación congénita de la-
cadera contracción previa.
- 10.- Dr. Rafael Vázquez Caballero
Enf. Congénita de cadera tratada mediante la ece-
tabuloplastia de Pemberton.
Tesis de 1980.

RESULTADOS RADIOGRAFICOS



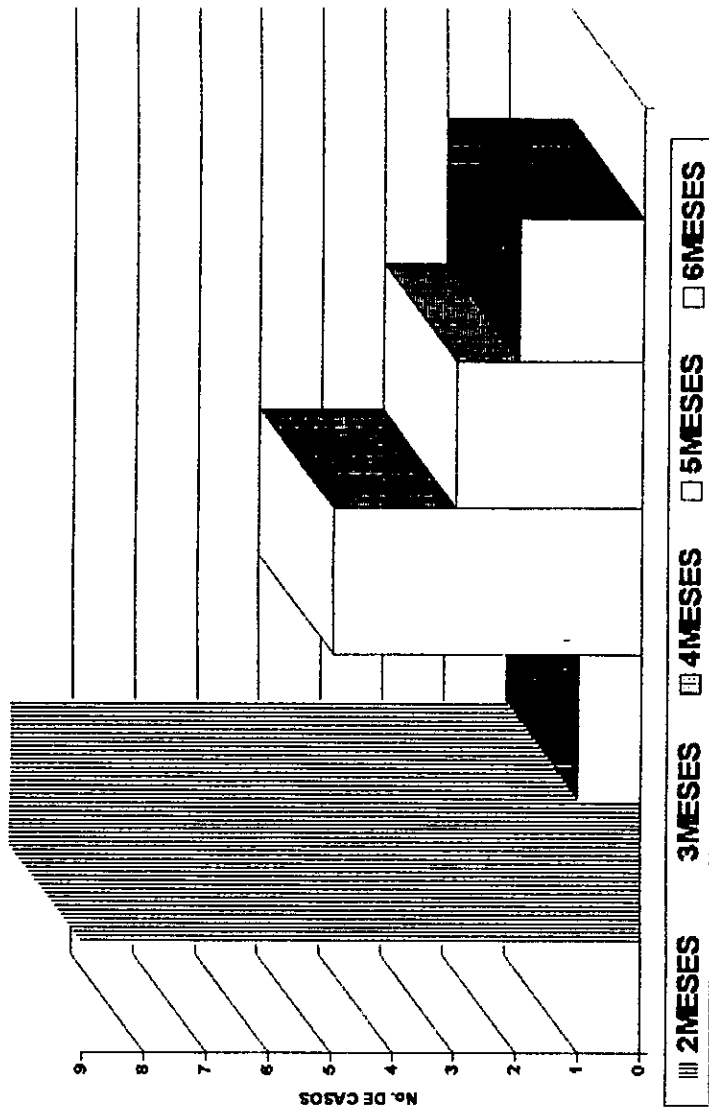
||| BUENOS RESULTADOS MALOS RESULTADOS

RESULTADOS CLINICOS

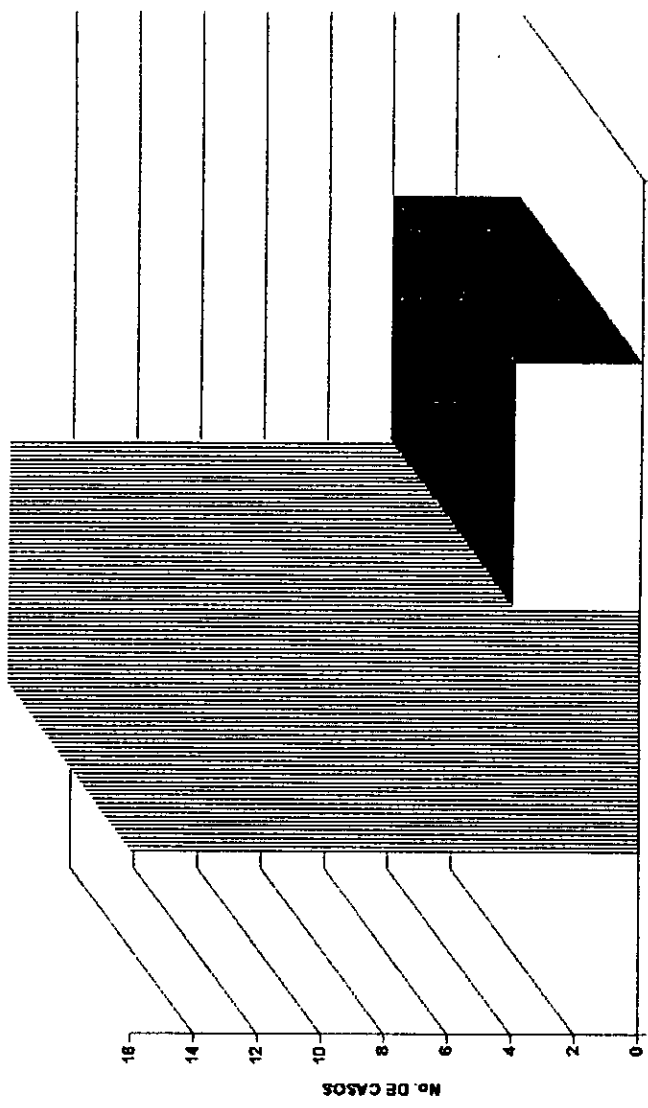


||| RESULTADOS BUENOS RESULTADOS MALOS

DISTRIBUCION POR EDAD

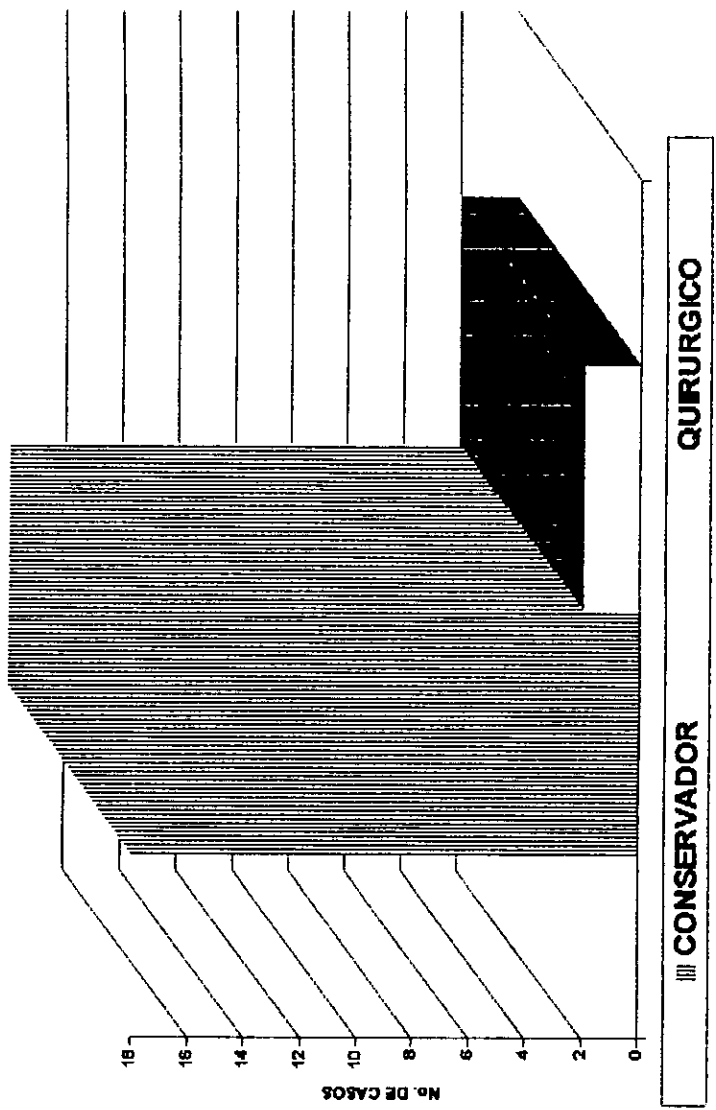


DISTRIBUCION POR LADO AFECTADO



||| CADERA IZQUIERDA CADERA DERECHA

DISTRIBUCION POR TIPO DE TRATAMIENTO



DISTRIBUCION POR SEXO

