

11245
2 of 15



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Centro Hospitalario 20 de Noviembre
I. S. S. S. T. E.

**INESTABILIDAD DE CADERA
EN EL RECIEN NACIDO Y SU
RELACION OBSTETRICA**

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO ORTOPEDISTA
Y TRAUMATOLOGO

Presenta el Dr.
FCO. RAFAEL CARDENAS VERGARA



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	4
MATERIAL Y METODOS	8
COMENTARIOS	12
CONCLUSIONES	16

INTRODUCCION

Considero que iniciaré ubicandonos en la definición de lo que llamaremos Luxación Congenita de Cadera, ya que a lo largo de la Historia de esta - patología se han propuesto diferentes, algunos autores consideran impropio el termino ya que los verdaderos casos congénitos, donde la cabeza - del fémur y el acetábulo no se formaron en mutua proximidad durante la - embriogénesis, es extraordinariamente rara, y han propuesto algunos - otros como; Malformación Luxante de la Cadera, Dislocación Infantil de - Cadera, Miodisplasia Congénita de la Cadera, etc. Todo esto lo que provoca es confusión, razón por la cual usaré el termino clásico, considerando a la LCC, como la perdida en distintos grados de las relaciones anatómicas entre los componentes articulares acaecidos durante las etapas embrionarias, fetal, durante el parto o posterior al mismo, a lo cual agregaré el que sea temporal o permanente.

Conociendo lo que la Literatura menciona como factores etiologicos, de - los cuales algunos son aceptados, mientras que otros siguen siendo causa de polémica entre los estudiosos. En lo que si se está de acuerdo en esta como en todas las patologías es que el mejor tratamiento es la prevencción, ya que como sabemos la persistencia de la perdida de la relación articular de la o las caderas afectadas ocasionará en el desarrollo del paciente una limitación en la capacidad funcional provocando claudicación, dolor articular, así como deformidad en la columna y pelvis, que principalmente en la mujer que es la más afectada, provoca ademas un - trauma Psicosocial muy importante, que como mencioné esto es posible evi

tarse.

Esta es la razón por la cual me he sentido estimulado a realizar este estudio de esta entidad ortopédica que sigue teniendo en todos sus capítulos, aspectos pendientes de solución, no obstante el interés que han puesto en el tema multitud de autores en todo el mundo.

Sin entrar en detalles en estos momentos mencionaré los factores etiológicos conocidos:

- 1.- Ontogénicos
- 2.- Hereditarios
- 3.- Ambientales Intrauterinos
- 4.- Ambientales Extrauterinos (Posturales)
- 5.- Combinación de varios factores

Como el título de mi trabajo es: "Inestabilidad de Cadera en el Recién Nacido y su relación Obstétrica", Consideraré los factores tanto maternos como fetales, como un todo de su íntima relación.

Si en los países desarrollados ha surgido la esperanza de solución integral, basado en la atención temprana, como medidas de prevención y con el diagnóstico y tratamiento realizado en la etapa de Recién Nacido para lo cual se requiere conocimientos y organización.

Considero que estas medidas se pueden tomar en nuestra Unidad ya que no representan ninguna carga económica y los beneficios en el paciente son muy grandes.

Ha sido mi asesor de tesis, quien ha iniciado esta excelente labor, lo que me ha estimulado para realizar el presente estudio, esperando con-

tribuir en algo en los logros de los objetivos que se han trazado, -
esperando despertar el interes no tan solo de aquellos que nos ini-
ciamos en la bella especialidad de la Ortopédia, sino tambien en -
aquellos que se encuentran en relación con los recién nacidos como
Pediатras, Obstetras, Médicos Generales etc. para que realicen una -
exploración integral y adecuada de los recién nacidos y más en aque-
llos que cuentan con ciertos antecedentes relacionados con esta enti-
dad Ortopédica, con lo que lograremos preservar en el siguiente orden
La función, Estetica y la vida nó porque sea el orden de importancia
sino por las secuelas que ocasioná esta entidad.

En el presente trabajo consideraré a la inestabilidad de cadera en -
el recién nacido a la perdida de la relación articular detectada a -
la exploración, como en su momento oportuno lo describiré, tampoco -
es mi intención demostrar su relación con la persistencia de la mis-
ma en el desarrollo del niño por las razones que posteriormente acia-
ré.

GENERALIDADES

Como mencioné al principio existen diferentes opiniones en cuanto a la definición de esta entidad, por lo que nos transportamos un poco en la Historia del mismo, que se remonta a Hipócrates (460 a. c.) quién describió sus características clínicas y dijo que podría producirse en el Utero.

Fué hasta en 1700 en que Verdín logro diferenciar entre la congenita y la adquirida, en 1778 Paleeta, fué el primero que reporto sus hallazgos de la autopsia realizada a un recién nacido de 11 días-- con Luxación bilateral de cadera, estableciendo que sus deformidades eran prenatales.

En el siglo XIX, Dupuytren (1826) contribuyo importantemente precisando la anatomopatología de la enfermedad definiendola como incurable. Sandifor e hijos (1830) describieron la anteversión del cuello, y sobre patología de los musculos Hutton (1836).

Bouvier fué quien hizo notar la estrechez de la capsula en forma de reloj de arena, Guerin, habló de los cambios secundarios del acetabulos y Parise distinguió de Luxación y subluxación.

En América, el Dr. Bado demuestra la etiopatogenia muscular (miodisplasia), de los músculos aductores y psaos iliaco congenita o traumáticamente acortados producen la luxación insistiendo en la importancia de su elongación para lograr una reducción adecuada.

En los países escandinavos iniciaron en forma sistematizada de la exploración del recién nacido, sobre el area de la cadera, perfeccionado el deagnóstico precoz de la cadera luxable y el tratamiento -

temprano (menor 3 meses) logrando magnificos resultados y la casi erradicación del tratamiento tardío tan complejo.

Es abundante las referencias historicas en cuanto a las multiples - técnicas quirúrgicas, recomendadas a travez de los años, pero consi dero inecesario mencionarlas ya que no van en los objetivos que bus co lograr en mi trabajo.

Con respecto a la epidemiología de este padecimiento, si considero- importante su revisión tanto a nivel del extranjero como nacional, - ya que como sabemos el padecimiento existe o, al menos se ha diag- nosticado practicamente en todas las latitudes y razas, en algunas- en forma escasa, como es la raza negra del Africa, y habitantes de- climas tropicales. En otras es muy frecuente como sucede entre los- Lapones, 40×1000^3 , en los indiosamericanos 30×1000^4 , y en los es quimales.

En los paises europeos, la frecuencia es de 2 a 3×1000^2 , En la zo na norte de Italia es mayor de 3×1000 , llamando la atención que- en los Bretones llega hasta 7×1000^4 .

Cunado existe factor hereditario sube de manera variable de 13 a - 70×1000 .

Barlow indica que de las luxables, una de cada 60 es inestable y de estas el 60% se recupera en la 1ª semana; el 82% en el 2º mês y so- lo un 12% quedan como luxaciones, ó sea el 1.55×1000 .

McKenzie, señala que uno de cada 50 (20 x 1000) de los recién nacidos vivos, tienen cadera normal (luxable) y los divide, en regidas ó duras que comprenden el 22% y luxas con un 78%, y que dominan también las inestables, el 51% de las laxas se estabilizan dentro de las primeras 3 semanas; las duras (limitación de la abducción), no mejoran-permaneciendo como luxables; el 22% de las duras más el 27% de las -laxas, o sea el 49%, son a las que se programa tratamiento. El mismo autor y Mitchel, informan que uno de cada 8000 niños examinados escapa al diagnóstico de luxación a pesar de todo el cuidado puesto en -la exploración del recién nacido.

En nuestro país Beltran señala que la luxación en el Hospital de Ginecobstetricia número 1, del IMSS, tiene una frecuencia del 2 x 1000 y Chavéz Rojas, en la número 3 del mismo IMSS, de 1.3 x 1000 de luxables; Fox, en el Hospital Central Militar, encontró 13.6 x 1000 de luxables.

Sierra Rojas, reporto en el H.I.M. 600 enfermos con 832 caderas luxables ó subluxadas, durante el lapso de 1943 a 1965, correspondiendo al 7.8% de los padecimientos ortopédicos de dicha Unidad.

Todos los informes coinciden en una mayor frecuencia del padecimiento en el sexo femenino en una proporción variable de 3 a 7 por cada varón.

A nivel de nuestra institución, no se habia realizado un control adecuado de los recién nacidos, pero gracias al entusiasmo mostrado por mi asesor de tesis, que a lo largo de 5 años con gran entusiasmo y -

dedicación, día tras día, revisa a los recién nacidos de nuestra -
Unidad Hospitalaria, encontrando una frecuencia de 1.46 x 1000, -
siendo esta una cantidad extraoficial y preliminar que es la prime
ra vez que se da ha conocer con la debida autorización.

Los objetivos que espero lograr con el presente estudio, como ya lo mencioné anteriormente es el de despertar el interés en todos los que tenemos relación estrecha con los recién nacidos, estemos concientes de la importancia de realizar una adecuada valoración clínica del mismo, con lo cual podamos llegar a establecer una solución integral como una atención temprana como se ha realizado en países desarrollados, y que por el poco requerimiento económico y el alto beneficio que representa para el paciente es muy adecuado.

Considero importante dejar en claro que dentro de los objetivos del estudio, no se encuentra el de establecer la relación que representa la inestabilidad de cadera con la luxación persistente de la misma en el crecimiento, ya que para eso se requeriría un seguimiento de los pacientes sin ningún tratamiento, y en este caso a todos los pacientes se les aplicó tratamiento temprano, no encontrando persistencia en ninguno.

Para el presente estudio, se incluyeron 100 pacientes de 226 conocidos, con el diagnóstico de caderas luxables ó luxadas, todos ellos nacidos en nuestra Institución, durante el periodo de 1980-85, y corroborados por nuestro Servicio, excluyendo a los que se acompañaban de otras patologías.

Para el establecimiento del diagnóstico, a todos los pacientes se les realizó la exploración con el metodo de Pierre De Lamany, autor que inicialmente describió los hallazgos clínicos y que posteriormente fueron popularizados por Barlow y Ortolani

Las maniobras consisten en lo siguiente:

Con el paciente completamente descubierto y en decubito dorsal, de manera suave la cadera a explorar, se lleva a 90° de flexión para-- que el paciente permanezca tranquilo, si es la cadera derecha, se-- colocará el pulgar de la mano izquierda a nivel del trocanter menor y el dedo medio a nivel del mayor, abarcando toda la cara anterior-- del muslo con la mano. Mientras la cadera contraria se flexiona al-- máximo y con la mano derecha se fija en conjunto con la hemipelvis-- con el fin de facilitar la exploración de la cadera.

La primera maniobra se realiza de la siguiente forma; estando la ca-- dera con flexion de 90° y sin rotaciones, en forma lenta y suave se-- lleva en adducción, al mismo tiempo de realizar presión hacia afue-- ra con el dedo pulgar, en el sitio del trocanter menor.

La segunda se realizará, llevando la misma cadera lentamente hacia-- la abducción y durante el movimiento se le aplica presión con el de-- do medio a nivel de trocanter mayor, hacia adentro.

Con lo anterior descrito, consideraremos una cadera luxable cuando-- al realizar la primera maniobra, la cabeza femoral sale de la cavi-- dad acetabular, lo cual lo sentiremos como un resalto en nuestros --- dedos exploradores, pero que inmediatamente al soltar la presión en-- trocanter menor, o al realizar la segunda maniobra se reduce perma-- neciendo estable.

Cadera luxada , serán aquellas que en el momento de realizar la ex-- ploración se encuentra fuera de la cavidad acetabular, y se reduce--

al realizar la segunda maniobra, pero vuelve a luxarse al soltar la presión en trocanter mayor y al terminar la exploración permanece luxada.

Todos los pacientes con cualquiera de las maniobras anteriores positivas, son los considerados para la revisión.

El estudio se realizó de una manera longitudinal y retrospectiva con una serie de casos en donde se valorarán tanto los expedientes maternos como los del recién nacido.

Los parámetros a valorar en cada recién nacido, son los siguientes :

Sexo: Femenino

Peso: + de 3500 grs.

Talla: + de 50 cms.

Parto: Distocico y/o Cesárea PPP

Semanas de Gestación: + de 4- sem.

Los puntos otorgados a cada uno de los parámetros aparecen en la tabla 1.

Ademas se revisarán los expedientes maternos de cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, y en ellos se valorarán los siguientes parámetros:

Edad materna: - 20 años

Gesta: 1º.

Antecedentes Familiares: Presentes

Los puntos otorgados a los mismos, aparecen tambien en la Tabla 1.

Volviendo hacer notar que todos se suman en conjunto por considerar-

es

los un todo por la íntima relación materno-fetal.

La selección de la muestra de pacientes fué realizada al azar por una persona completamente ajena a la medicina, por lo que desde este punto de vista considero que los resultados que se obtengan no serán influenciados.

Los resultados se valorarán conforme los parámetros ya mencionados y presentados en la Tabla 1, y los resultados obtenidos se clasificarán como; nulos, pobres, regulares, buenos, muy buenos y excelentes conforme a los puntos obtenidos en la escala de puntaje, ascendente de 0 a 11, como esta especificado en la tabla 2.

COMENTARIOS

Cabe mencionar la importancia de realizar la exploración del recién nacido, en forma suave y sutil, lo cual sólo lograremos con el paciente tranquilo y conociendo las maniobras, ya que debemos condicionar la posibilidad de provocar con maniobras bruscas y forzadas, la listesis de cabeza femoral, complicación muy importante.

El diagnóstico de todos los pacientes fué corroborado por el médico adscrito del servicio, siendo estos realizados en su mayoría, dentro de las primeras 24 horas de vida extrauterina, haciendolo del conocimiento de los padres inmediatamente.

En todos los recién nacidos diagnosticados, se les realizaron estudios radiológicos simples de cadera, los cuales como lo reportan la mayoría de los autores, no son concluyentes, por lo que no se tomaron en cuenta, dando al diagnóstico clínico la importancia total.

Se reporta una predominancia del sexo femenino, con diferentes proporciones que varía con diferentes autores, latitudes, que varían desde 2:1 hasta 4:1 ó más atribuyendoles diferentes causas. Así también de la misma manera se menciona su mayor frecuencia en productos de madres primigestas sumandoles productos grandes y de gestación prolongada, todos estos dando como resultante modificación de la posición fetal con aumento de la presión sobre los miembros inferiores con actitud luxante, ya se por partes maternas poco distendibles, como es un útero de primigesta, escaso líquido amniótico o productos grandes en-

gestación prolongada. La presentación pélvica ejerce presión sobre las articulaciones de la cadera flexionada, predisponiendo la suxabilidad de las mismas, además de complicar la mecánica del parto, que requerirá de maniobras que ocasionarán estiramientos capsulares y de otras estructuras articulares durante la expulsión del producto, o al realizar extensión brusca de las caderas en pacientes que tengan el músculo Psoas Iliaco hipotrofico, ocasionará luxación de las caderas, lo cual puede ocurrir en la maniobra tan popularizada de colgar al niño de cabeza sosteniendolo de los pies juntos, en el momento de nacer.

El factor hereditario se ha considerado con frecuencia ligada al cromosoma X, aunque actualmente se les está dando mayor importancia a los factores ambientales que forzan la cabeza femoral del acetabulo.

Este resumen de los reportes de la literatura, que como dije dan mayor importancia a los factores ambientales, son los que me han dado el puntaje en mis parametros, que como se apreciaba en las graficas no se les otorgaron mayor puntuación a los parametros más frecuentes, sino a los considerados más etiologicos.

Estoy conciente de que en la literatura nacional, no existen estadísticas bien establecidas sobre los parametros que yo he tomado para realizar la presente valoración, razón por la cual los resultados porcentuales los compararé con las estadísticas existentes en forma universal. Aunque sabemos que algunas de las mismas se pueden considerar en forma general, las que si he adecuado al nivel estandar del pueblo mexicano son las de peso y talla.

También es importante aclarar que en el número de cesáreas, sólo se tomaron en cuenta las indicadas por presentación pélvica o DCP, descartando las Interativas o por sufrimiento fetal agudo etc.

En el número de partos se incluyeron todos los destocicos.

Con respecto a los resultados obtenidos en porcentajes como se puede apreciar en la grafica 1.

Se obtuvo un porcentaje de 81 en los recién nacidos del sexo femenino, es decir una relación de 2:1 con respecto al masculino que es dentro de los parametros que se reportan.

Dentro de los parametros que también reportarán una frecuencia interesante, son los productos con peso mayor de 3500 grs. con 31%, talla mayor de 50 dms. 36%, partos distocicos y cesáreas 34% y productos de primigestas 30%, porcentajes interesantes en la muestra valorada.

Una vez establecida la puntuación individual de los parametros en cada paciente los resultados los podemos apreciar en la grafica número 2, y al agruparlos como se ve en la tabla 2, El porcentaje obtenido en los diferentes grupos fue variable pero con una tendencia central, dejando ver que en todos los pacientes se encontro por lo menos 1 de los parametros, pero sin llegar a encontrar el 100% de ellos también por lo menos uno, ya que ninguno obtuvo más de 10 puntos o inclusive, siendo el grupo que más alcanzó el de 4-5 puntos - con un 54%, el resto de los porcentajes lo podemos apreciar en la grafica número 3.

CONCLUSIONES

Conciente de la poca estadística existente a nivel nacional al respecto, posterior a la presente revisión, he llegado a las siguientes conclusiones:

- a) Las maniobras de Pierre De Lamany, realizadas en forma suave y sutil, pero con conocimiento de las mismas, son concluyentes en el diagnóstico y no implican peligro para el recién nacido.
- b) Considero innecesario arriesgar al recién nacido a un estudio para demostrar la relación entre la inestabilidad de la cadera y la laxación persistente en el desarrollo del mismo, ya que al ver los resultados obtenidos con el manejo temprano, que no incluyó aquí por estar fuera de los objetivos.
- c) La balanza de costo-beneficio del presente estudio se inclina en favor del paciente.
- d) Aún cuando en ninguno de los pacientes se obtuvo el 100% de la puntuación, tampoco ninguno tuvo el 0%, la distribución media es entre 2 y 7 puntos, por lo anterior considero que en la valoración del recién nacido que cuente con esta puntuación en sus antecedentes debemos ser más estrictos en nuestra valoración. Los resultados no los considero concluyentes pero sí muy sugestivos.

P A R A M E T R O S

T A B L A 1

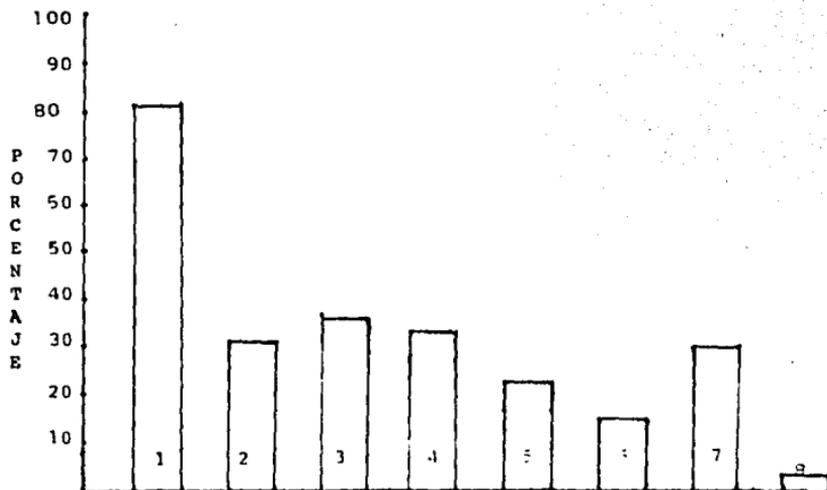
<u>SEXO : FEMENINO</u>	<u>1</u>
<u>PESO: + 3500qrs</u>	<u>1</u>
<u>TALLA: + 50 cms</u>	<u>1</u>
<u>PARTO: DISTOCICO O CESAREAPP</u>	<u>2</u>
<u>SEMANAS DE GESTACION: + 40</u>	<u>1</u>
<u>EDAD MATERNA: - 20a.</u>	<u>1</u>
<u>PRÉMIGESTA: POSITIVA</u>	<u>2</u>
<u>ANTECEDENTES FAMILIARES: (+)</u>	<u>1</u>

total : 11ptos.

T A B L A 2

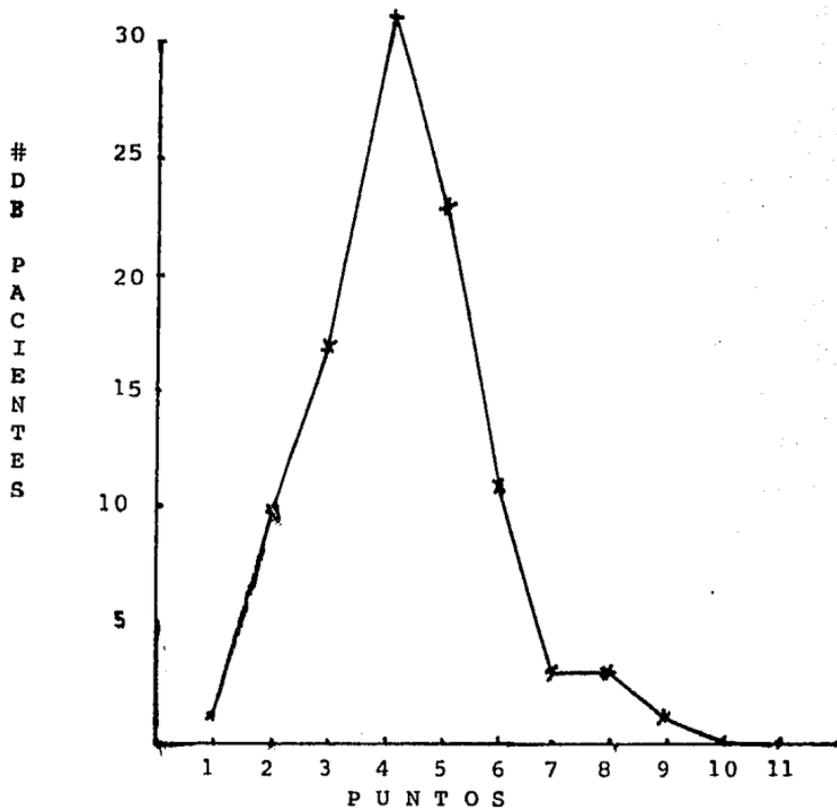
<u>PUNTOS</u>	<u>VALOR</u>
0 - 1	Nulo
2 - 3	Pobre
4 - 5	Regular
5 - 7	Bueno
8 - 9	Muy Bueno
10 - 11	Excelente

GRAFICA 1

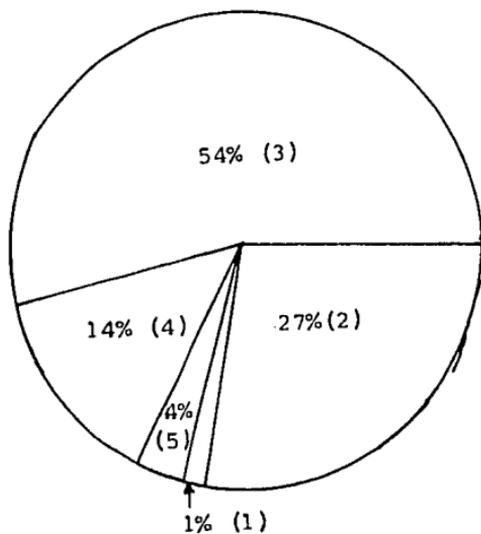


- 1 - Sex- Femenino
- 2 - Peso mayor de 3500grs
- 3 - Talla mayor de 50 cms
- 4 - Partos distócicos cesareas P.P.P.
- 5 - Gestación mayor de 40 semanas
- 6 - Edad materna menor de 20
- 7 - Madres Primigestas
- 8 - Antecedentes familiares

GRAFICA 2



GRAFICA 3



- 1.- Pacinetes con 0 - 1 puntos
- 2.- " con 2 - 3 "
- 3.- " con 4 - 5 "
- 4.- " con 6 - 7 "
- 5.- " con 8 - 9 "

BIBLIOGRAFIA

Hensinger-Jones; Ortopedia Neonatal, Barcelona 1979
Luxacion Congenita de la Cadera, Pag 199

Luis Sierra-Rojas; Luxacion Congenita de la Cadera la Edición 1984
Ediciones medicas del Hosp Infantil de Mexico, México

Tronzo; Cirugía de Cadera España 1980
Displasia Congenita de la Cadera, Cap. 9 Pag. 186

Tachdjian; Ortopedia Pediatrica. España 1976
Luxación Congenita de la Cadera, Pag 127

Campbell; Cirugia Ortopédica, Buenos Aires 1981
Displasia Congenita de la Cadera; Pag. 1821

Statistical Study of de Age at delivery of Mothers of Patients
whit Congenital Hip Dislocation
Beitr Orthop. Traumatol 1983 Feb; 30(2) 61-4 (Eng. Abstr)

Hip problem in Children. Aids to early Recognition
Postgrad Med. 1984 Sep;15; 76(4) 97-105

Congenital dysplasia of de Hip; the lax (Subluxatable) newborn hip
J. Pediatr Orthop 1984 Aug; 4(4): 422-6

Early detection of congenital luxation of the hip in 15,509 live
newoorn infants
An Esp. Pediatr 1984 Apr 15;20(6); 643-8

Prevention of congenital dislocation of de hip. The Swedish
experience of neonatal treatment of hip joint inestability
Acta Orthop Scand 1984;208:1-107

Problems in the early recognition of hip dysplasia.
J. Bone Joint Surg 1984 Aug 66(4):479-84

TRUETA J. Lay Estructura del Quespr Humanc Edit. Labor, Barcelona
Displasia de la cadera Pag. 335

Ferguson Cirugia Ortopédica en la infancia y la Adolescencia Barcelona
Luxación Congenita de la cadera Pag 300.