

67 11245
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.**

**PRONOSTICO DE LA DETECCION AL
NACIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
LUXANTE CONGENITA DE LA CADERA**

**TESIS CON
FALSA DE ORIGEN**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
P R E S E N T A :**

DR. ALFONSO MIRANDA CONTRERAS

ASESOR DE TESIS,

Dr. Alejandro Rodríguez Trejo



ISSSTE

México, D. F.

1991



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.

INDICE

I.	RESUMEN	4
II.	INTRODUCCION	6
III.	MATERIALES Y METODOS	11
IV.	RESULTADOS	14
V.	ANALISIS	29
VI.	BIBLIOGRAFIA	32

RESUMEN

El presente trabajo pretende analizar el valor pronóstico (en la Enfermedad Luxante Cóngeita de la Cadera) de su detección temprana "al nacimiento". Realizándose éste por las pruebas manuales de Barlow y Ortolani, con el auxilio de mediciones radiológicas como el Índice Acetabular, Altura de la metáfisis femoral y su Distancia del cartilago trirradiado del acetabulo.

En 100 recién nacidos, se encontraron 139 caderas con la Enfermedad Luxante Cóngeita de la Cadera. De éstas 55 correspondieron a problemas en cadera derecha y 84 en cadera izquierda.

Su distribución por grupos de sexo correspondió el 76% al femenino, siendo un 24% al masculino.

Se encontró una disminución estadísticamente significativa con un valor $P < .001$ en el Índice Acetabular de ambas caderas al año de edad con respecto al medido al nacimiento. El mismo resultado se obtuvo en las mediciones de Altura de la metáfisis femoral como en su Distancia del Cartilago Trirradiado.

La Clasificación pronóstica final (al año de edad) resultó Clínicamente y Radiológicamente Estable en un 97.8%. Con un valor $P < .005$.

Todos éstos recién nacidos fueron tratados con cojín (ar-nés) de Freijka, desde su detección hasta su alta.

El único hallazgo de Displasia Acetabular fué la ruptura en la línea de Shenton, con una frecuencia del 0.00%-2.39% - para la proporción poblacional.

No hay duda de que en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera, su detección al nacimiento y tratamiento oportuno por medios no quirúrgicos como el cojín de Freijka es el mejor método de prevenir complicaciones en el curso natural de la enfermedad.

INTRODUCCION

Mientras que el principal objetivo del médico es la prevención de la enfermedad; éste no siempre es logrado. La gama tan variable de signos y síntomas, pueden ser desde tan pequeños para escapar su detección por métodos ordinarios, como tan obvios inclusive para él observador.

En algunas enfermedades, su detección temprana no impide el curso natural de la enfermedad. Mientras que en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera, hay muy poca duda de que mientras más temprano la enfermedad sea detectada y tratada el resultado final es mejor. En tales casos, es ventajoso su detección temprana para poder alterar el curso natural de la enfermedad y pronóstico.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD:

Existe evidencia bien documentada que la historia natural de la enfermedad puede seguir uno de los siguientes cursos:

(1,2,3).

1. Estable: Barlow encontró que el 58% de las caderas inestables se recuperaban espontáneamente. (4).
2. Inestable (Luxación): Si la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera no es reconocida, el desarrollo normal reportado anteriormente, puede no darse, y dejar al infante --

con una luxación establecida y una cadera displásica.

3. Clínicamente Estable y Radiológicamente Inestable: En ésta posibilidad la cadera solo presenta los siguientes datos radiológicos de inestabilidad:
 - ruptura de la línea de Shenton.
 - disminución de la altura de la metafisis femoral con respecto a la línea de Hilgenreiner.
 - índice acetabular aumentado por arriba de 30°. (1).
4. Clínicamente Inestable, Radiológicamente Estable: Esta posibilidad parece más teórica, no descartandose ésta evolución de la enfermedad del estudio.

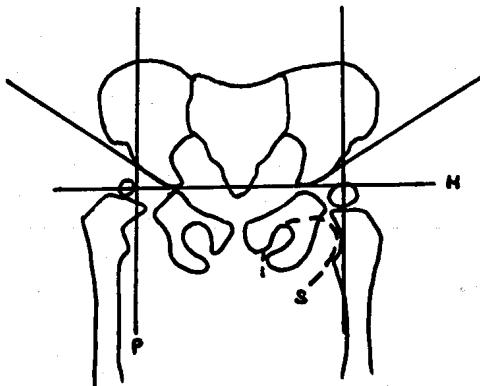
MÉTODOS DE DETECCIÓN:

1. Sin excepción todo Recién Nacido debe de ser examinado a través de la siguiente exploración clínica:
 - a) Prueba de Barlow: Es una prueba provocativa, en la que al lactante se le coloca sobre el dorso, con las caderas en flexión de 90° y las rodillas en flexión total. Se aplica el dedo medio de cada mano sobre el trocánter mayor y el dedo pulgar sobre el trocánter menor. Se llevarán las caderas hasta la abducción media, la presión del dedo pulgar sobre el trocánter menor hace luxar la cabeza femoral a través del labio posterior del acetábulo. (6).

b) Prueba de Ortolani: Es una prueba de reducción que con firma el diagnostico. Se doblan las rodillas, las caderas se flexionan a 90° , se colocan en abducción total. Cuando se reduce la cadera por la abducción se puede oír un chasquido cuando la cabeza femoral entra en la cavidad acetabular. (6).

Esta exploración clínica se complementará con una radiografía A-P de Pelvis, con las caderas en extensión y rotación neutra.

Analisis de Rx A-P de Pelvis



Definiciones de Rx A-P de Pelvis

(H): Línea Horizontal de Hilgenreiner, la cual se dibuja uniendo los dos cartílagos trirradiados.

(P): Línea Vertical de Perkin, la cual está a 90° con la línea de Hilgenreiner.

En una cadera normal, el núcleo óseo de la cabeza femoral se encuentra localizado en el cuadrante medial inferior determinado por la intersección de las líneas ya mencionadas (H y P).

(S): La línea de Shenton corre de la parte superior del foramen obturador, el cuello femoral medial hacia el trocánter menor. Una interrupción de esta curva sugiere subluxación de la cadera.

(Índice Acetabular): Está determinado por una línea que sigue el techo acetabular y su intersección con la línea de Hilgenreiner en el cartílago trirradiado. Si el ángulo formado es mayor de 30° , se debe sospechar de displasia (Luxación) ó subluxación. De suma importancia su determinación en visitas subsecuentes y al año de edad. Un Índice Acetabular reducido al año de edad sugiere un resultado favorable.

(Altura de la Metáfisis Femoral): Se mide la altura hacia la línea de Hilgenreiner.

(Distancia de la Metáfisis Femoral): se mide de la parte medial de la metáfisis femoral hacia el cartílago tri-

radiado.

OBJETIVOS:

Los medios para poder predecir el curso natural que seguirá una cadera inestable sin detección y como consecuencia -- sin tratamiento no existen. Por tal motivo es aceptado que -- todo recién nacido con cadera inestable debe ser tratado. (1,5).

El objetivo de éste estudio se resume en:

1. Poder determinar el pronóstico en el curso natural de la enfermedad al año de edad, en una cadera inestable pero que ha sido detectada al nacimiento y tratada oportunamente.
2. Reafirmar que el método de detección "clasico" (el ya descrito) es eficaz y menos costoso.
3. Documentar si existen complicaciones al año de edad con éste método de detección y tratamiento , y su frecuencia.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio Experimental, Abierto, Descriptivo, Prospectivo y Longitudinal.

Se tomaron para el estudio 100 Recién Nacidos presentando Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera. Fueron examinados y detectados por las pruebas clínicas de Barlow y Ortolani, desde el primer día de nacimiento. Su seguimiento se realizó hasta la edad de un año, en el Servicio de Ortopedia del Hospital "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

No se incluyó un grupo testigo en el diseño de éste estudio; aún sin embargo se comparó con el reportado por otros - autores. (1,4,5).

El estudio se realizó individualizando la patología por lado afectado; resultando en 100 Recién Nacidos 55 caderas derechas y 84 caderas izquierdas siendo un total de 139 caderas con Enfermedad Luxante Congénita.

Todos los Recién Nacidos estudiados debieron presentar -- los siguientes criterios:

1. Clínicos:

- a) Prueba de Ortolani positivo: El grado de inestabilidad se identificó como cadera luxada. (5,7,8).
- b) Prueba de Barlow positivo: El grado de inestabilidad se clasificó como:

- Cadera Luxable: Cuando la cadera se encuentra reducida, pero la cabeza femoral se puede luxar, - con ésta maniobra. (5,6,7,8).
- Cadera Subluxable: Cuando la cadera se encuentra reducida pero su laxitud permite desplazamiento hacia el borde acetabular, sin llegar a luxar la cabeza femoral. (2,5,6,7,8).

2. Radiográficos:

- a) Índice Acetabular: Si es mayor de 30° se debe sospechar de displasia (luxación) ó Subluxación. (9,10,11).
 - b) Altura de la Metáfisis Femoral a la línea de Hilgenreiner: Una disminución de 7 mm debe de considerarse sospechoso de luxación de la cadera. (9,10,11).
 - c) Distancia de la Metáfisis Femoral al Cartilago Tri-radiado: Un valor mayor de 15 mm debe de ser considerado sospechoso de luxación de la cadera. (9,10,11)
3. Su detección debió ser durante el primer día de nacimiento y no pasar de una semana de vida.
4. Se incluyeron Recién Nacidos de ambos sexos.

Los criterios de exclusión usados fueron:

- a) Los Recién Nacidos en otros hospitales.
- b) Los Recién Nacidos no detectados después de una semana de su nacimiento.
- c) Con luxación de cadera secundaria a otras patologías (teratológicas) como:
 - Artrogriposis.
 - Mielomeningocele.
 - Parálisis Cerebral Infantil, etc.

Cada cadera inestable fué sometida estrictamente al mismo programa de tratamiento, y su seguimiento en Consulta Externa hasta su alta. La que no cumplió con éste seguimiento fué eliminado del estudio.

El tratamiento utilizado en todos los casos de Enfermedad Luxante Congénita de la cadera fué el aparato ortopedico de Freyka; diseñado por mantener las caderas en abducción optima y ofrece buena movilidad de las caderas.

Se realizó una exploración clínica a cada Recién Nacido positivo de Enfermedad Luxante Congénita de Cadera semanalmente hasta que su cadera se encontró estable; y al mes, tres meses, seis meses, nueve meses y al año de edad Clínicamente y Radiológicamente.

RESULTADOS

SEXO:

En el análisis de los 100 recién nacidos estudiados, se encontró una incidencia por sexo del 76% al femenino y un 24% al masculino. Fig.1.

LADO AFECTADO:

Se encontró que en un 45% el lado afectado fué la cadera izquierda, en un 15% el lado afectado fué la cadera derecha y en un 40% el problema fué bilateral. Fig.2.

MEDICION RADIOLOGICA:

a) Índice Acetabular: En 55 caderas del lado derecho, se encontró al nacimiento un promedio de 32.4° , rango $20^\circ-42^\circ$. al año de edad un promedio de 23.07° , rango $14^\circ-33^\circ$. Con una diferencia de 9.33° entre el promedio al nacimiento y al año de edad. Error Estandar fué de 0.86, la prueba t Student pareada resultó en 10.98 y Valor $P < .001$. Tabla.3.

En 84 caderas del lado izquierdo, se encontró al nacimiento un promedio de 30.77° , rango $15^\circ-45^\circ$. Al año de edad un promedio de 22.05° , rango $15^\circ-44^\circ$. Con una diferencia de 11.15° entre el promedio al nacimiento y al año de edad. Error Es--

tandar fué de 0.78, la prueba t Student pareada resultó en 11.15 y Valor $P < .001$. Tabla. 4.

b) Altura de la Metáfisis femoral: En 55 caderas del lado derecho, se encontró al nacimiento un promedio de 7.67mm, rango 3mm-14mm. Al año de edad un promedio de 1.23mm, rango 00mm-11mm (solo en 4 caderas se realizó ésta medición por retardo de osificación, en el resto de 51 caderas no se realizó ésta medición, por núcleos de osificación normales. Está reportado como núcleos ausentes en la tabla.2.). Con una diferencia de 6.35mm entre el promedio al nacimiento y al año de edad. Error Estandar fué de 0.46, la prueba t Student pareada resultó en 13.37 y Valor $P < .001$. Tabla. 5.

En 84 caderas del lado izquierdo, se encontró al nacimiento un promedio de 8.55mm, rango 4mm-17mm. Al año de edad un promedio de 1.30mm, rango 00mm-13mm (en 7 caderas se realizó ésta medición, reportado en tabla.2 como núcleos ausentes). Con una diferencia de 7.43mm entre el promedio al nacimiento y a año de edad. Error estandar fué de 0.40, la prueba t Student pareada resultó en 18.38 y Valor $P < .001$. Tabla.6.

c) Distancia de la Metáfisis femoral al Cartilago Trirradiado del Acetabulo: En 55 caderas del lado derecho, se encontró al nacimiento un promedio de 13.69mm, rango 9mm-12mm. Al año de edad un promedio de 2.45mm, Rango 00-20mm. Con una diferencia de 11.24mm entre el promedio al nac. y al año de edad. Error Estandar fué 0.94, Prueba t Student pareada fué 12.01 y Valor $P < .001$. Tabla. 7.

En 84 caderas del lado izquierdo, se encontró al nacimiento

un promedio de 13.21mm, rango 9mm-19mm. Al año de edad un -- promedio de 1.75mm, rango 00mm-20mm. Con una diferencia de - 11.46mm entre el promedio al nacimiento y año de edad. Error Estandar fué de 0.46, y la Prueba t Student pareada resultó en 17.27 y valor $P < .001$. Tabla. 8.

OBSERVACIONES RADIOGRAFICAS AL AÑO DE EDAD :

- a) Núcleos pequeños: Frecuencia de 24 caderas, Tasa 17/100 con 11.76% de Intervalo de confianza del 95% para la - proporción poblacional. Tabla. 2.
- b) Núcleos femorales ausentes (retardo de osificación): Frec. de 11 caderas, Tasa 7/1000 con 0.00%-1.9% de Intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Tabla. 2.
- c) Núcleos femorales Grandes: Frec. de 8 caderas, Tasa 5/100, con 1.96%-8.04% de Intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Tabla. 2.
- d) Línea de Shenton rota: Frec. de 2 caderas, Tasa 1/100, con 0.00%-2.39% de Intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Tabla. 2.
- e) Núcleos femorales excéntricos: Frec. de 4 caderas, Tasa 2/100, con 0.00%-3.59% de Intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Tabla. 2.
- f) Sin Anormalidades: Frec. 90 caderas, Tasa de 64/100, con 57.30%-70.70% de Intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Tabla. 2.

CLASIFICACION DEL PRONOSTICO AL AÑO DE EDAD:

- a) Clínicamente y Radiológicamente Estable:
97.8% (136 caderas de un total de 139 caderas).
Con un Valor $P < .005$ analizado con Ji-cuadrada con corrección de Yates.
- b) Clínicamente y Radiológicamente Inestable:
0.7% (1 cadera de un total de 139 caderas).
Con un Valor $P < .005$ analizado con Ji-cuadrada con corrección de Yates.
- c) Clínicamente Estable, Radiológicamente Inestable:
0.7% (1 cadera de un total de 139 caderas).
Con un Valor $P < .005$ analizado con Ji-cuadrada con corrección de Yates.
- d) Clínicamente Inestable, Radiológicamente Estable:
0.7% (1 cadera de un total de 139 caderas).
Con un Vaor $P < .005$ analizado con Ji-cuadrada con corrección de Yates.

Tabla. 1. Fig. 3.

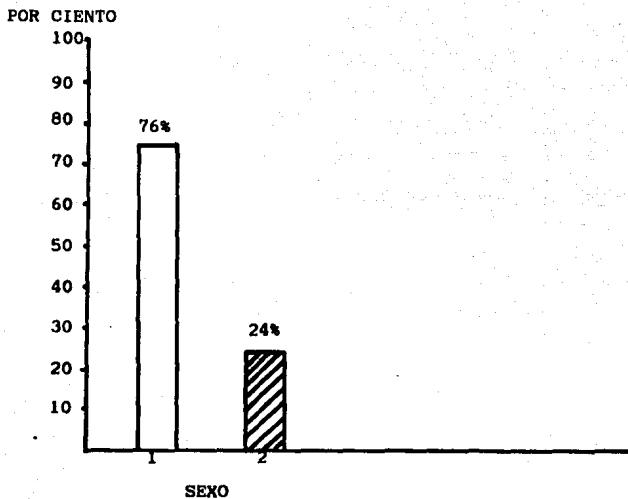




Fig.1. Gráfica que muestra la distribución de la Enfermedad Luxante Congénita de la cadera por sexo en un total de 100 Recién Nacidos.

( Masculino.  Femenino.)

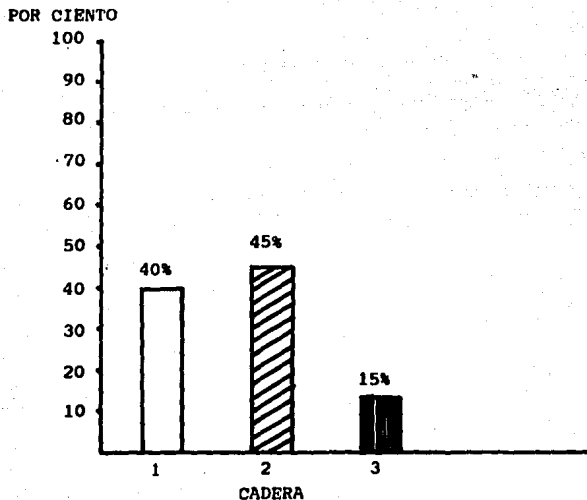


Fig.2. Gráfica que muestra la distribución de la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera - por lado (cadera) afectado en 100 Recién Nacidos.

- 1. Cadera derecha**
- 2. Cadera izquierda**
- 3. Ambas Caderas**

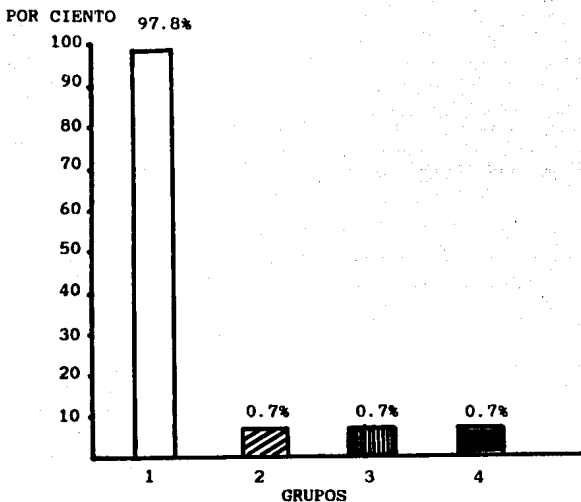


Fig.3. Gráfica que muestra la Clasificación por grupos del Pronóstico, en la Enfermedad Luxante Congénita de la cadera al año de edad (de 139 caderas).

1. Clínicamente y radiológicamente estable
2. Clínicamente y radiológicamente inestable
3. Clínicamente estable, radiológicamente inestable.
4. Clínicamente inestable, radiológicamente estable.

TABLA. No. 1

**Clasificación del Pronóstico de la Enf.Lux.Cadera
al año de edad.**

	Radiológicamente:		
	Estable	Inestable	Total
Clinicamente Estable	97.8% (136 caderas)	0.7% (1 cadera)	98.5% (137caderas)
Clinicamente Inestable	0.7% (1 cadera)	0.7% (1 cadera)	1.4% (2 caderas)
Total	98.5% (137 caderas)	1.4% (2 caderas)	100% (139caderas)

* Ji-cuadrada con corrección de Yates.

$X^2 = 7.94$

$P < .005$ (D.S).

Tabla. No. 2

**Anormalidades Rx Observadas en Enf. Lux. Cad.
al año de edad.**

	Frecuencia	Proporción muestral	Intervalo de confianza del 95% para la Proporción Poblacional	Tasa
Núcleos Pequeños	24	0.17	11.76%-22.24%	17/100
Núcleos Ausentes	11	0.007	0.00%- 1.9 %	7/1000
Núcleos Grandes	8	0.05	1.96%-8.04%	5/100
Línea Shenton rota	2	0.01	0.00%-2.39%	1/100
Núcleos Excéntricos	4	0.02	0.00%-3.59%	2/100
Sin Anormalida- des	90	0.64	57.30%-70.70%	64/100

Tabla. No. 3

**Resultado de la Medición Radiológica del Índice Acetabular
en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera Derecha
a Nacimiento y Año de edad.**

Índice Acetab. Grados	Promedio	Diferencia media	t Student pareada	Valor P.	Inferencia
Nac.	32.4° R-20°-42°	9.33° EE-.86°	10.89	<.001	D.S
Año	23.07° R-14°-33°				

**Resultados obtenidos en 55 caderas derechas.
D.S-Diferencia significativa
EE-Error estandar
R-Rango**

Tabla. No. 4

Resultado de la Medición Radiológica del Índice Acetabular en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera Izquierda al Nacimiento y Año de edad.

Índice Acetab. Grados	Promedio	Diferencia media	t Student pareada	Valor P.	Inferencia
Nac.	30.77° R-15°-45°	8.73° EE-.78*	11.15	< .001	D.S
Año	22.05° R-15°-44°				

Resultados obtenidos en 84 caderas izquierdas.
D.S-Diferencia significativa
*EE-Error estandar
R-Rango

Tabla. No. 5

Resultado de la Medición Radiológica de la Altura
en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera Derecha
al Nacimiento y Año de edad.

Altura mm	Promedio	Diferencia media	t Student pareada	Valor P.	Inferencia
Nac.	7.67mm R-3mm-14mm	6.35mm EE-.46*	13.73	<.001	D.S
Año	1.32mm** R-0mm-11mm				

Resultados obtenidos en 55 caderas derechas.

**La medición se realizó en 7 casos en los cuales hubo
retardo de osificación de la cabeza femoral

reportados en la tabla.no.2.

D.S-Diferencia significativa

*EE-Error estandar

R-Rango

Tabla. No. 6

Resultado de la Medición Radiológica de la Altura
en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera Izquierda
al Nacimiento y Año de edad.

Altura mm	Promedio	Diferencia media	t Student Pareada	Valor P.	Inferencia
Nac.	8.55mm R-4mm-17mm	7.43mm EE-.40*	18.38	< .001	D.S
Año	1.30mm** R-00mm-13mm				

Resultados obtenidos en 55 caderas derechas.
Altura: de la metáfisis femoral a la línea de
Hilgenreiner.

** La medición se realizó en 4 casos en los cuales hubo
retardo de osificación de la cabeza femoral
reportados en tabla.no.2.

D.S-Diferencia significativa

*EE-Error estandar

R-Rango

Tabla. No. 7

Resultado de la Medición Radiológica de la Distancia
en la Enfermedad Luxante C6ngenita de la Cadera Derecha
al Nacimiento y A6o de edad.

Distancia Promedio mm	Diferencia media	t Studen Pareada	Valor P.	Inferencia
Nac. 13.69mm R=9mm-12mm	11.24mm EE=.94*	12.01	<.001	D.S
A6o 2.45mm R=00mm-24mm				

Resultado obtenido en 55 caderas derechas.
Distancia: Intersecci6n de la l6nea de Hilgenreiner y Perkins
D.S=Diferencia significativa
*EE>Error estandar
R-rango

Tabla. No. 8

**Resultado de la Medición Radiológica de la Distancia
en la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera Izquierda
al Nacimiento y Año de edad.**

	Distancia Promedio mm	Diferencia media	t Student Pareada	Valor P.	Inferencia
Nac.	13.21mm R-9mm-19mm	11.46mm EE-.66*	17.27	<.001	D.S
Año	1.75mm R-00mm-20mm				

**Resultado obtenido en 84 caderas izquierdas
Distancia: Intersección de la línea de hilgen
reiner y perkins
D.S-Diferencia significativa
*EE-Error estandar
R-Rango**

SEXO:

Es importante notar la frecuencia de la Enfermedad Luxante Congénita de la Cadera del 76% en el sexo femenino, no estando en desacuerdo en considerarlo como población de riesgo. El factor que influye en que sea mas frecuente en el sexo femenino es conocido. (1,5,7).

LADO AFECTADO:

Se encontró una incidencia mayor del 45% en la cadera izquierda. Probablemente el factor relacionado con esta incidencia es la presentación Occipito-anterior izquierda lo que permite que el muslo izquierdo esté en abducción en utero - contra la columna vertebral de la madre favoreciendo la luxación. (5).

MEDICION RADIOLOGICA:

a) Indice Acetabular: La reducción promedio de 9.33° en la cadera derecha al año de edad, con un valor inicial promedio de 32.4° ; y la igual reducción en la cadera izquierda - promedio de 8.73° al año de edad, con un valor inicial promedio de 30.77° nos habla de un resultado radiológico excele--

lente. Estando apoyado por el valor estadístico de $P < .001$.

b) Altura de la metáfisis femoral: El valor promedio de 1.32mm en la cadera der al año de edad y de 1.30mm en la cadera izquierda pudieran sospechar de displasia acetabular y de no correlacionar con resultados excelentes. Pero en las tablas No. 5 y 6 se explica que solo en 4 caderas derechas y en 7 caderas izquierdas se hizo esta medición. Estas caderas manifestaron un retardo de consolidación, en caderas con cabeza femoral calcificada no se realiza esta medición, estando la mayoría en ésta situación.

c) Distancia de la metáfisis femoral: La reducción importante ($P < .001$) al año de edad, con un promedio de 2.45mm en la cadera der y de 1.75mm en la cadera izquierda nos refleja la reducción y su contraje en la cavidad acetabular. manifestando un resultado excelente.

OBSERVACIONES RADIOGRAFICAS:

La observación radiografica encontrada con mas frecuencia fué la de nucleos femorales pequeños (11.76%-22.24%). No es documentado su significación y no se le puede considerar como complicación. El único hallazgo documentado de displasia acetabular es la ruptura de la línea de Shenton encontrandose con una frecuencia del 0.00%-2.39% para la proporción poblacional (9,10,11).

CLASIFICACION DEL PRONOSTICO AL AÑO DE EDAD:

Tomando en cuenta los parametros radiológicos y clínicos ya mencionados, se agruparon las caderas con Enfermedad Luxante Congénita de 100 Recién Nacidos al año de edad. Siendo Clínicamente y Radiológicamente Estables la gran mayoría en un 97.8% y una $P < .005$.

Sólo en un 2.1% el resultado no fué óptimo, reflejando la eficacia de éste método de detección y manejo.

CONCLUSION:

1. Se reafirma que todos los Recién Nacidos deben ser examinados al nacimiento para detectar ésta patología.
2. Que éste método de detección, llamado "Clasico" sigue siendo eficaz en un 97.8% de resultados excelentes.
3. Que las complicaciones encontradas son mínimas en un 2.1% siendo éstos candidatos a otros tratamientos (quirurgico).
4. La pregunta que todavía existe:
¿ y los "falsos negativos" resultado de técnica semiológica deficiente?

BIBLIOGRAFIA

1. Stuart L. Weinstein, M.D: Natural History of Congenital - Hips Dislocation (CDH) and Hips displasia. Clin Orthop - Rel Res. 1987 Dec; 225:62-76.
2. Hampton S; Read B; Nixon W: Diagnosis of Congenital Dislo - cated hips (CDH). Radiol Technol. 1988 Jan-Feb: 59(3); - 211-20.
3. Raymond T. Morrissy, M.D, and G Harry Cowie, M.D, F.R.S.S :Congenital Dislocation of the Hips. Clin Orthop Rel Res. 1987 Sep; 222:79-84.
4. Barlow T.G: Early Diagnosis and Treatment of Congenital - Dislocation of the Hips. J. Bone Joint Surg. 1962 Jan:44B :292-97.
5. Mac Ewen GD; Mason B: Evaluation and Treatment of Congeni - tal Dislocation of the Hip in Infants. Orthop Clin North Am. 1988 Oct; 10(4): 815-20.
6. Mihran O. Tachdjian: Luxación Congénita de la Cadera. Tex - to de Ortopedia Pediatrica. Tomo I. Ed.Interamericana. - 1962. cap.2:127-167.
7. Luis Miranda,M.D., José Miguel Palomo,M.D., Julián Monzo - nis,M.D., and Vicente Marti,M.D: Prevention of Congenital Dislocation of the Hip in the Newborn. J. Ped Orthop. - 1988. 8:671-675.

8. G. Paul De Rosa, M.D., and Noreen Feller, R.N: Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. Clin Orthop Rel Res 1987 Dec; 225:77-85.
9. Dr. Sergio Anaya Vallejo: Luxación Congénita de la Cadera Texto de Mediciones Radiológicas en Ortopedia y Traumatología. 1987 cap:4;76-92.
10. Nikolaus Szöke, M.D., Lothar Kühl, M.D., and Joachim Heinrichs, M.D: Ultrasound Examination in the Diagnosis of Congenital Hips Displasia of Newborns. J Ped Orthop. 1988 Jan; 8:12-16.
11. Moore FH: Examining Infants Hips--can it do harm?. J. Bone Joint Surg. (Br) 1989 Jan; 71(1):4-5.
12. R. Seringe, J.Ch. Bonnet, E. Katti: Pathogénie et histoire naturelle de la luxation congénita de la hanche. 1990. 76: 391-402.
13. Hadlow V: Neonatal Screen for Congenital Dislocation of the Hip. A Prospective 21-year survey. J. Bone Joint Surg (Br) 1988. Nov; 70(5):740-3.
14. G. Dean Mac Ewen, M.D: Treatment of Congenital Dislocation of the Hips in Older Children. Clin Orthop Rel Res. 1987 May; 225:86-92.
15. J.H. Wedge, M.D., F.R.C.S.C: Hip Pain in Adolescence. Clin Orthop Rel Res. 1987 May; 225:93-103.
16. Predrag Klisic: Letter to the Editors. J. Ped Orthop. 1988 8:383.