

11245
33
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

LUXACION CONGENITA DE CADERA

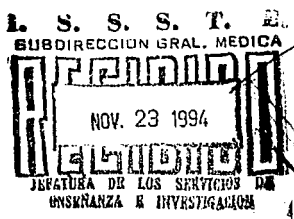


TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL
DR. LUIS DOMINGO MIRANDA ALMANZA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

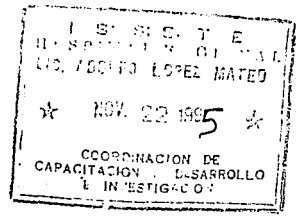
Presenta:
Luis Domingo, Miranda Almanza

[Signature]
Dr. Jerónimo Sierra Guerrero
Coordinador de Capacitación
y Desarrollo e Investigación.

[Signature]
Dr. Miguel Tapia Iturbe
Profesor Titular de Postgrado
de Ortopedia y Traumatología



[Signature]
Dr. Alfredo Delgado Chávez
Coordinador de Cirugía



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

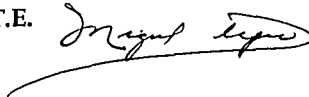
LUXACION CONGENITA DE CADERA

AUTOR

**LUIS DOMINGO MIRANDA ALMANZA
FELIPE ANGELES 41 - COL. JUAREZ PANTITLAN
ESTADO DE MEXICO**

ASESOR

**DR. MIGUEL TAPIA ITURBE
MEDICO ADSCRITO EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.**



**DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION**



**DR. ENRIQUE MONTEL TAMAYO
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO**

MEXICO, D.F., NOVIEMBRE DE 1994.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	4
SUMMARY.....	5
INTRODUCCION.....	6
MATERIAL Y METODO.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	17
CONCLUSIONES.....	19
GRAFICAS Y FIGURAS.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	33

R E S U M E N

La luxación congénita de cadera es una enfermedad relativamente frecuente en la infancia y debe ser detectada desde sus fases más tempranas a través de una valoración clínica integral del recién nacido y complementada con estudios radiológicos de los pacientes que se sospechen de padecerla con la finalidad de evitar secuelas graves que producirán invalidez y/o degeneración articular temprana de la cadera.

El presente estudio tiene como objetivo la búsqueda intencionada de éste padecimiento en niños recién nacidos y lactantes menores enviados para valoración al servicio de Ortopedia del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " del ISSSTE durante el periodo de Septiembre de 93 a Agosto de 94.

Se detectaron un total de 53 pacientes que fueron evaluados integralmente a través de clínica y radiología, encontrando 15 pacientes descartados del padecimiento, 38 pacientes que tuvieron tratamiento conservador con 10 que evolucionaron a manejo quirúrgico consistente en Osteotomía - Innominada de Salter.

A través del estudio prospectivo realizado se demuestra que el tratamiento conservador es de mayor utilidad en comparación con el manejo quirúrgico si el padecimiento es detectado en fases tempranas de evolución y con ello se limita la aparición de secuelas incapacitantes en los pacientes manejados oportunamente.

Palabra clave : Luxación congénita de cadera (L.C.C.)

SUMMARY

The congenital dislocation of hip is an illness relatively frequent in the infancy and must be detected since its more early phases. Through an integral clinical assessment of the newborn and complemented with radiological studies from patients in suspect of suffer it. With the purpose of avoid serious sequels that will produce invalidity and/or early joint degeneration of the hip.

This study was like aim the intencional search of this suffering in newborn and in age of lactation send them to the orthopedic departament of Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", during the period september 1993 to august 1994.

A total of 53 patients were detected, who were integrally evaluated through clinical and radiology. Finding 15 patients discarted from the suffering, 38 patients who had conservatived treatment. With 10 patients who presented evolution with surgical handle, consistent on unnamed osteostomia of Salter.

Through the prospective study realized it demonstrate the conservatived treatment is of best utility in comparison with the surgical handle. It this suffering is detected in early phases of evolution the apparition of incapacities sequels is limited in the patients who be handle in oportune form.

Key word : Congenital Dislocation of Hip.

INTRODUCCION.- La Luxación congénita de cadera (LCC), constituye una de las anomalías más frecuentes en el recién nacido y la cuál escapa con relativa facilidad de establecer su diagnóstico desde fases tempranas del nacimiento, llegando a ser detectada hasta que el pequeño inicia su deambulación y los padres descubren marcha cludicante (cojera) de una ó ambas extremidades que obligan a una revisión clínica con el objeto de su detección, tratamiento y limitar la incapacidad temprana y/o tardía de la articulación coxofemoral.

La luxación congénita de la cadera implica un desarrollo anómalo no sólo de una parte de la articulación sino también del acetábulo, fémur proximal y partes blandas periarticulares. Muchas veces éste estado es familiar ó hereditario. Por lo común se acompaña de otras malformaciones congénitas como articulaciones hipermóviles, deformidades de los pies, hernias inguinales y torticolis entre otras. El acetábulo es poco profundo ó plano porque su techo no se ha desarrollado normalmente, la cabeza y cuello del fémur están antevertidos y el contacto entre la cabeza femoral y el acetábulo es anormal o no existe. Por lo general, también ocurren anomalías de la cápsula articular y del rodete acetabular y contracturas de los músculos que actúan sobre la articulación. Este estado se clasifica en tres tipos, de acuerdo a su severidad:

- 1) DISPLASIA. Es la forma menos severa, la cabeza del fémur se halla en posición normal dentro del acetábulo anormal y, como la mecánica de la articulación es deficiente puede sobrevenir artrosis cuando el paciente es adulto.

2) SUBLUXACION. En la forma de severidad intermedia, la cabeza femoral se ha subluxado, pero todavía se halla en parte debajo del acetábulo.

3) LUXACION. En la forma más severa, la cabeza está luxada por completo fuera del acetábulo.

ANATOMIA MORFOLOGICA. La articulación coxofemoral une la cintura pelviana al miembro inferior, el cual transmite el peso del cuerpo en la posición erguida y en la marcha, es una enartrosis casi perfecta, a la vez sólida y móvil profundamente situada bajo espesas masas musculares. Sus superficies articulares están representadas por la cabeza femoral y por la cavidad cotiloidea del hueso coxal, agrandada por un rodete fibrocartilaginoso periférico (fig. 1).

CABEZA FEMORAL. Representa los dos tercios de una esfera de 20 a 25 mm de diámetro, que mira hacia arriba, adentro y un poco adelante, orientación determinada por la del cuello anatómico que la une a la diáfisis y al macizo trocanteriano, está revestida de una capa de cartilago hialino. El cuello femoral tiene forma cilíndrica de 35 a 45 mm. de largo y de 20 a 30 mm de alto, tiene un ángulo de inclinación con respecto a la diáfisis femoral de 130° y un ángulo de anteversión de 25° aproximadamente. Otras estructuras de importancia la constituyen el trocánter mayor, el trocánter menor, el cuello quirúrgico, los cuales son sitio de referencia clínica y quirúrgica así como de importantes inserciones musculares.

COTILO O ACETABULO. Es una vasta cavidad hemisférica excavada en la parte media de la cara exopélvica del hueso coxal, es el punto de reunión de

las tres piezas óseas primitivas: ilion por arriba, isquion por abajo y atrás y el pubis por delante, se articula con la cabeza femoral, tiene un diámetro de 45 a 60 mm. y una profundidad de 25 a 30 mm. en el adulto y mucho menor en el niño.

RODETE COTILOIDEO. Es un anillo fibrocartilaginoso fijado al contorno del cótilo, de forma triangular al corte, constituye parte de la superficie articular y representa un medio de unión importante, envolviendo el contorno de la cabeza femoral, se basta por sí sólo para mantenerla en su lugar dentro del cótilo.

CAPSULA ARTICULAR. Es un manguito fibroso fijado, por una parte, al contorno de la cavidad cotiloidea y por otra, al cuello femoral. Está formado por tres tipos de fibras: longitudinales, circulares y recurrentes.

LIGAMENTOS. Son cuatro: un ligamento intracapsular pero extrasinovial, el ligamento redondo, y tres haces que refuerzan la cara articular de la cápsula, los ligamentos iliofemoral, isquiofemoral y pubofemoral.

SINOVIAL. Tapiza la cara profunda de la cápsula, se inserta en el borde libre del rodete cotiloideo y se fija en el contorno del cartilago cefálico.

VASCULARIZACION. La vascularización arterial de la articulación coxofemoral está a cargo de la arteria femoral, por intermedio de las circunflejas anterior y posterior; de la obturatriz por intermedio de su rama externa y secundariamente por ramas de la isquiática y glútea, las cuáles irrigan el techo del cótilo y cuya ausencia congénita ha sido invocada como causa de aplasia del techo y de luxación congénita de cadera. La vas

cularización venosa representa una disposición calcada de la arterial.

INERVACION. Está inervada en su parte anterior por ramas del crural y del obturador, ramos del plexo lumbar, por detrás por el ciático y el nervio del cuadrado crural, ramos del plexo sacro.

MOVIMIENTOS. La cadera es una articulación particularmente móvil, como todas las enartrosis, los movimientos pueden hacerse en todos los planos del espacio y asumir una variedad infinita. Se distinguen tres tipos de movimientos: flexoextensión, abducción y aducción, rotaciones interna y externa.

Movimiento de flexoextensión. Se realiza alrededor de un eje horizontal y transversal y tiene una amplitud global de 135° , de los cuales 120° son para la flexión y 15° para la extensión. La extensión, movimiento que lleva hacia atrás al muslo, se ve limitada por la tensión de los ligamentos, especialmente del iliofemoral. La flexión aproxima al muslo al abdomen, tiene una amplitud de 120° de los cuales los primeros 45° se utilizan en la marcha normal. Los músculos motores para la flexión son: el psoas, el sartorio, tensor de la fascia lata y recto anterior; y para la extensión los isquiotibioperoneos y glúteo mayor.

Movimientos de abducción y aducción. Se efectúan alrededor de un eje horizontal anteroposterior y tiene una amplitud global de 75° , de los cuales 45° son para la abducción y 30° para la aducción. La abducción separa al muslo del eje del cuerpo y puede alcanzar 80° a 90° , se limita por la tensión de los ligamentos capsulares y del ligamento redondo. La aducción acerca al muslo al eje del cuerpo y se limita por la tensión de los músculos glúteos, del ligamento redondo y del lig. iliofemoral. Los músculos motores de la abducción son: los glúteos mediano y menor, el piramidal y los obturadores interno y externo; y de la aducción: los músculos aducto

res mediano, mayor y menor, el pectíneo, el recto interno y el sartorio. Movimientos de rotación interna y externa. Con un eje vertical que pasa por el centro de la cabeza femoral, y el borde externo del cóndilo interno. La rotación externa, lleva al trocánter mayor atrás y gira la punta del pie hacia afuera, tiene amplitud de 35° en extensión. Se limita por la tensión del ligamento iliofemoral. La rotación interna, lleva al trocánter mayor hacia adelante y hace girar la punta del pie hacia adentro. Se limita por tensión del obturador interno, lig. iliofemoral e isquiofemoral. Los músculos rotatorios externos son: el psoas, los aductores, los pelvitrocantérianos, el glúteo mayor, los fascículos posteriores de los glúteos mediano y menor, el tensor de la fascia lata; los rotatorios internos: son los fascículos anteriores de los músculos mediano y menor.

La combinación de los diferentes movimientos culmina con los movimientos de circunducción, y es más limitada que el hombro por ser una articulación de estática.

EPIDEMIOLOGIA.- Varios factores son sospechosos de displasia de la cadera en el recién nacido. La malformación es previa al nacimiento (congénita), y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones en una proporción aproximada de 4:1. Se ha observado mayor incidencia en neonatos nacidos en presentación de nalgas que en los restantes; la displasia también fué más común en hijos primogénitos que en los subsiguientes en dos terceras partes. Además es más común que esté afectada la cadera izquierda que la derecha, y el compromiso bilateral es más frecuente que el de la cadera derecha solamente. En caso de que un progenitor tenga luxación ó displasia congénita de la cadera, el riesgo de que nazca un niño con el mismo problema es del 12%. Cuando los padres no es-

tán afectados pero nace un niño con cadera luxada o displásica, el riesgo de que suceda lo mismo con un hermano es del 6% (1) y si ya tiene el problema un progenitor y un hermano el riesgo aumenta al 36%. Los factores raciales influyen en la presentación de éste padecimiento y es más común en niños caucásicos que en negros. Al parecer tiene valor la consanguinidad y el entrecruzamiento entre personas de una misma raza, aldea, etc. Se puede hablar de distribución geográfica, ya que es muy frecuente en Italia, Zonas de Francia, España, Yugoslavia, Suecia y otros países.

ETIOLOGIA.- La LCC teratológica o embriológica, ocurre dentro del útero y que coexiste con otras alteraciones de malformación congénita del sistema musculoesquelético ó de cualquier otro órgano. La LCC como se mencionó previamente muestra diversos grados y en cada uno de ellos varía, mostrando desde discretas deformidades hasta malformaciones notables, y da lugar a alteraciones secundarias en todas las estructuras vecinas de la articulación coxofemoral, las cuales pueden ser: 1) alteraciones intraarticulares (displasia acetabular, inversión del labrum, hipertrofia y alargamiento del ligamento redondo, deformidad de la cabeza femoral, coxa valga y anteversa); 2) alteraciones extraarticulares (acortamiento del tendón del psoasiliaco, contractura de los músculos aductores, insuficiencia de la potencia muscular del glúteo medio, etc.).

En el tipo fetal, el cotilo, que normalmente se forma alrededor de la cuarta semana de gestación no se desarrolla bien, por lo cual, su profundidad y continencia están muy reducidas, pudiendo existir una verdadera agenesia de la cavidad. Tal hipoplasia ó aplasia cotiloidea ya existe en el niño al nacer. Este concepto es muy importante y fue destacado por Putti, quién llamó Preluxación a éste periodo de afección. La luxa-

ción vendrá después al pararse el niño ó iniciar la deambulaci3n podálica. Putti tambien destac3 que los resultados del tratamiento de la LCC s3lo se puede hacer mejorar haciendo el diagn3stico y emprendiendo el tratamiento m3s temprano, y lo mismo rige para las caderas con displasia cong3nita que no se han luxado, por lo que iniciando tratamiento a tiempo las caderas pueden desarrollarse con normalidad. Por el contrario, cu3nto m3s se tarde en tratar estas caderas m3s se deforman los huesos y partes blandas. El tratamiento iniciado inmediatamente despu3s de nacer, que s3lo consiste en mantener las caderas abducidas es eficaz en el 95% de los casos. Para detectar este problema temprano se deben realizar ex3menes peri3dicos durante el primer a3o de vida, pues es probable que al nacer no se advierta ning3n signo cl3nico de displasia de la cadera. Por supuesto, el principal responsable de 3sto es el Pediatra, pero tambi3n lo es el Ortopedista qui3n ve al ni3o en el peri3do neonatal o durante la lactancia. El cuadro cl3nico y criterios para diagnosticar LCC no est3n bien esclarecidos a3n, pero ante la duda debe realizarse un reconocimiento amplio, cl3nico y radiol3gico en busca de asimetría de pliegues cut3neos de nalgas o muslos, cortedad de una extremidad, limitaci3n de la abducci3n de una cadera 3 dem3s signos y mediciones propuestos por autores diversos en busca de la patología.

Con el prop3sito de valorar la evoluci3n y tratamiento de la Luxaci3n Cong3nita de Cadera se efectu3 un estudio prospectivo en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Lic. Adolfo L3pez Mateos.

M A T E R I A L Y M E T O D O

Se realizó un estudio prospectivo del primero de septiembre de 1993 al 31 de agosto de 1994, en el Servicio de Ortopedia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera, menores de 1 año, derechohabientes del ISSSTE sin tratamiento médico o quirúrgico previo. se excluyeron pacientes tratados en otros servicios de Ortopedia y se eliminaron a todos los pacientes con estudios incompletos, y que abandonaron el estudio y con diagnóstico dudoso de Luxación Congénita de Cadera.

Todos los pacientes eran enviados a la consulta externa de Ortopedia por sospecha diagnóstica de Luxación Congénita de Cadera, Cadera Displásica y/o Acortamiento de Miembro Pélvico.

A todos los pacientes se les efectuó historia clínica, búsqueda intencionada de signos patognomónicos de LCC cada mes (Ortolani, Galleazzi, Prueba de Barlow, Signo de Dupuitren, Signo de Hart, Signo de Trendelenburg, Signo de Bocchi, Signo Peter Bade, Signo de Sabariau, etc.); retraso en el desarrollo psicomotriz (gatear y ponerse de pie). A todos se les tomaron placas anteroposterior y posición de rana de pelvis de 20 x 30 para efectuar mediciones radiográficas (Línea de Hilgenreiner, Línea de Perkins, Índice Acetabular, Línea H, Línea de Shenton-Menard, Arco de Calve, Línea de Von Rosen I y II, Paralelogramo de Köpitz, Línea de Lance Ombredanne, Sincondrosis Isquiopúbica, Triada Radiológica de Putti, Cuadrantes de Putti, Línea Fondo Acetabular-Cabeza Femoral, Línea Fondo Acetabular-Metáfisis, etc.), con periodicidad mensual.

Todos los pacientes se citaron mensualmente para valoración y seguimiento del tratamiento. Todos fueron sometidos de primera instancia al tratamiento conservador a base del cojín de Frejka durante un año por ser éste un dispositivo voluminoso cubierto de material no absorbible que conserva las caderas en abducción y flexión.

En aquellos pacientes que no tuvieron la respuesta esperada con el tratamiento conservador, fueron intervenidos quirúrgicamente con la técnica de osteotomía innominada de Salter.

Se analizaron también sexo, edad al momento del diagnóstico, signos físicos de LCC y retraso motriz al inicio y final del tratamiento durante el año de investigación y su respuesta al tratamiento.

Se presentan resultados, tablas y gráficas.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 53 pacientes en total, de los cuales 35 correspondieron al sexo femenino con un porcentaje de 65% y 18 pacientes correspondientes al sexo masculino con un porcentaje de 35% (Gráfica I).

El total de consultas programadas a razón de una consulta por paciente por mes fué de 458, de las cuales se otorgaron 312 con un porcentaje de 68% del total programado (Gráfica II). Con respecto a la edad de los pacientes, fueron estudiados 32 niños menores de un mes, 11 de un mes, 7 de dos meses, 9 de 3 meses, 2 de 4 meses y dos de 5 y más, teniendo un porcentaje con respecto al grupo etáreo de 60% para el primer grupo; 20% para el segundo grupo, 14% para el tercer grupo; 3% para el cuarto grupo y 3% para el quinto grupo. (Gráfica III).

El tratamiento conservador se inició en la totalidad de los pacientes de primera intención a base de doble pañal mientras se adquiría el cojín de Fredjka. LOs pacientes que siguieron dicho manejo fué un total de 38 que significó un 71%. 10 pacientes evolucionaron al manejo quirúrgico consistente en Osteotomía innominada de Salter (figura 10) que significaron 18%, un paciente con LCC bilateral que tuvo manejo quirúrgico de primera instancia y 15 pacientes que fueron descartados del padecimiento con 1.8% y 28.3% respectivamente (Gráfica IV).

De los 38 pacientes manejados en forma conservadora se tuvo una respuesta adecuada en su totalidad. El manejo quirúrgico otorgado a los 10 pacientes tuvo una tasa de cero en la presentación de infecciones y se apreció éxito en la totalidad de intervenciones, pero éstas tendrán que evaluarse con detenimiento según el crecimiento y desarrollo del pacien-

te. El paciente que presentó LCC bilateral fué intervenido en primer tiempo de Osteotomía innominada de Salter en forma unilateral y se le otorgará un segundo tiempo quirúrgico en fecha próxima para constituir la totalidad del tratamiento por lo que se maneja como tratamiento parcial y no valorable para los fines del presente estudio (Gráfica V).

D I S C U S I O N

La luxación congénita de la cadera comprende todo un espectro de anomalías anatómicas que afectan a la articulación de la cadera y a las estructuras relacionadas con ella: acetábulo, cabeza femoral, cápsula, ligamentos intrarticulares, y músculos. La etiopatogenia de la displasia congénita de cadera comprende una amplia gama de factores relacionados con la raza, el origen geográfico, el sexo, la etapa de desarrollo fetal y la disfunción de las estructuras afines. En general se coincide, en que cuanto antes se diagnostica 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 desarrollo.

Los resultados de la muestra tomada como referencia resultó una muestra considerada mayor (+ 30), con un total de 53 unidades de observación; de las cuáles el 35% correspondió al sexo masculino y el 65% correspondió al sexo femenino, lo que coincide con la suposición presentada en el marco teórico de referencia de que el sexo femenino es mayormente afectado que el sexo masculino. Del total de consultas programadas para la evaluación clínica mensual de cada paciente, sólo se otorgaron 312 consultas las cuáles equivalen al 68% del total programado; y las cuáles no fueron cumplidas en su totalidad por falta de asistencia de los pacientes, por no tener radiografías de control, por presentar enfermedades diversas de causa aguda ó por otras causas.

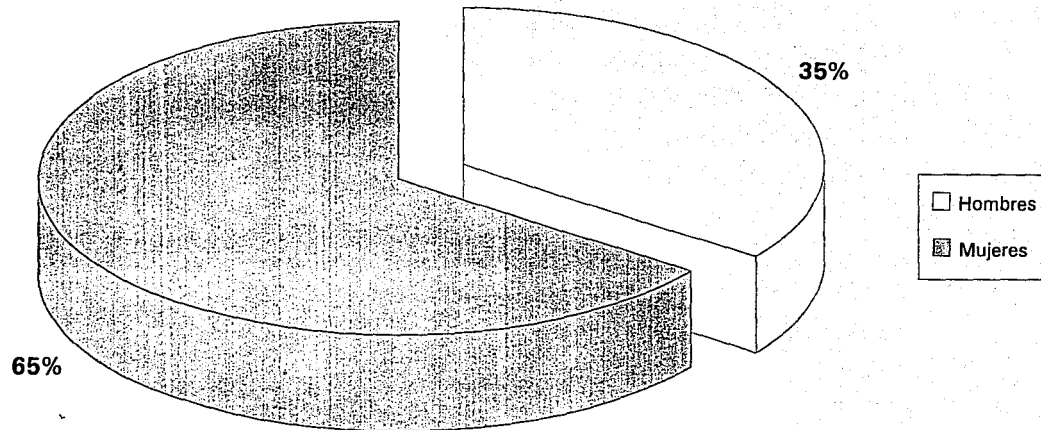
Del total de 53 pacientes sólo 15 dieron como resultado no tener alteraciones compatibles con LCC ó displasia acetabular luxante lo que correspondió a un 28% y los cuales se manejaron en forma conservadora hasta ser dados de Alta del servicio.

De los 38 pacientes que fueron manejados desde su diagnóstico inicial con cojín de Fredjka y que correspondió al 71% del total, evolucionaron favorablemente en su padecimiento y se apreció que el manejo iniciado en forma temprana es más favorable y de mejor pronóstico que el que se inicia tardíamente; asimismo los pacientes que evolucionaron hasta el tratamiento quirúrgico y que fueron un total de 10 con un 18% de porcentaje del grupo en estudio también tuvieron una buena respuesta al tratamiento y no se cursó con complicaciones inmediatas ni tardías en ningún caso. El paciente que cursó con LCC bilateral se considera un dato con respuesta incompleta al tratamiento pues solo fué sometido a una Osteotomía unilateral, no pudiendo ser evaluado como el resto de los pacientes, lo que significó un total de 1.8% de tratamiento con escasa respuesta.

C O N C L U S I O N E S

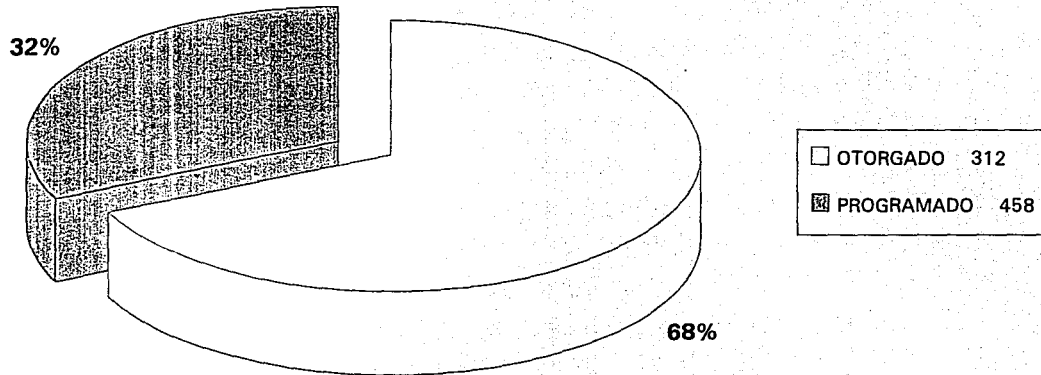
- 1.- La luxación congénita de cadera es más frecuente en pacientes del sexo femenino.
- 2.- El tratamiento iniciado en forma temprana es más favorable en la mayoría de los casos.
- 3.- El tratamiento quirúrgico se reserva para casos detectados tardíamente y/o con escasa ó nula respuesta al tratamiento conservador.
- 4.- La valoración clínica y radiológica es fundamental para establecer el diagnóstico de Luxación congénita de cadera.
- 5.- El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno evita la aparición de secuelas y por lo tanto de invalidez.

DISTRIBUCION POR SEXO DE 53 PACIENTES CON LUXACION CONGENITA DE CADERA



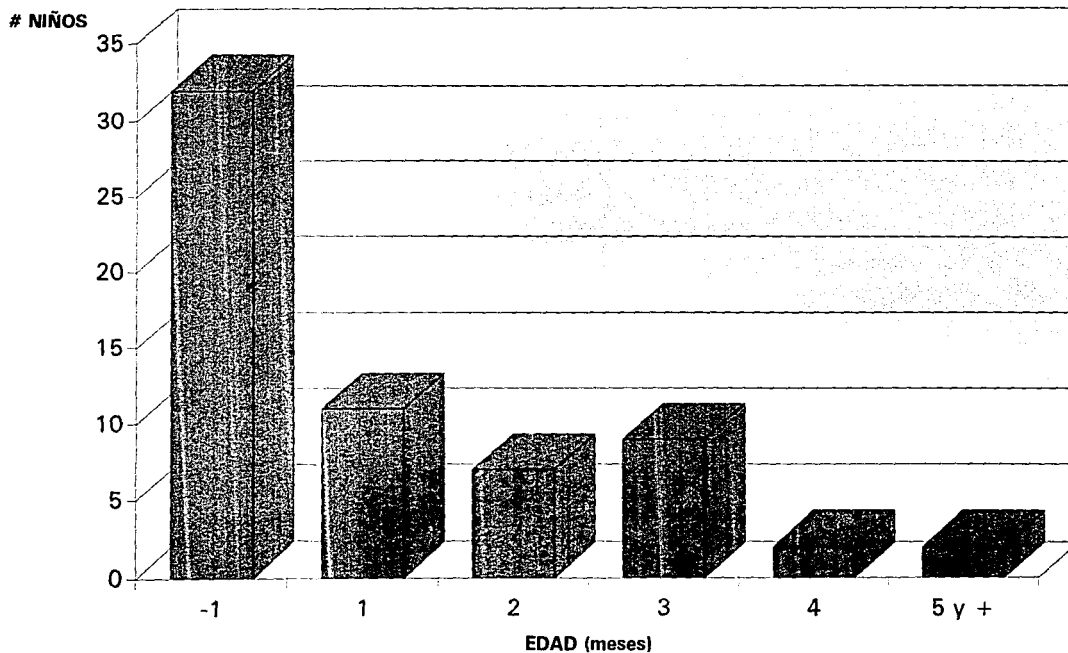
GRAFICA II

CONSULTAS OTORGADAS A PACIENTES CON LUXACION CONGENITA DE CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DE SEPTIEMBRE DE 1993 A AGOSTO DE 1994.



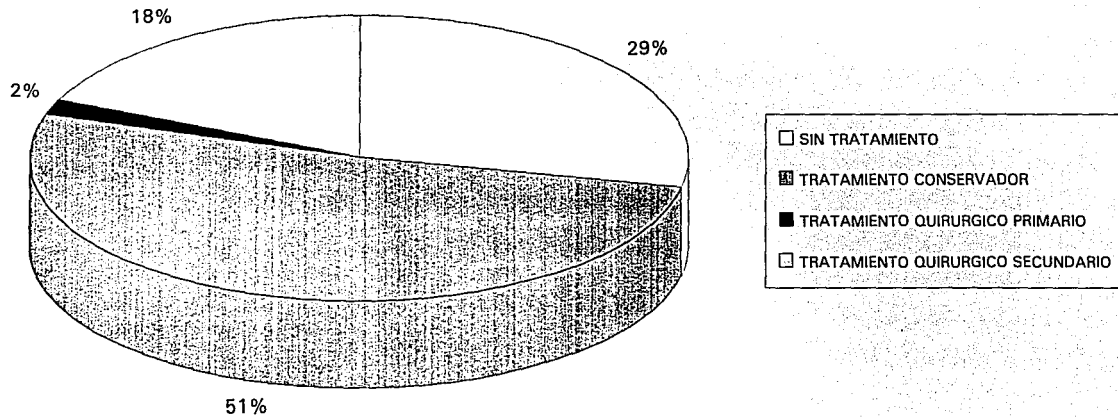
GRAFICA III

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE 53 PACIENTES CON LUXACION CONGENITA DE CADERA



GRAFICA IV

TIPO DE TRATAMIENTO OTORGADO A 53 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LUXACION CONGENITA DE CADERA



GRAFICA V

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRURGICO
DE 53 PACIENTES CON LUXACION CONGENITA DE CADERA

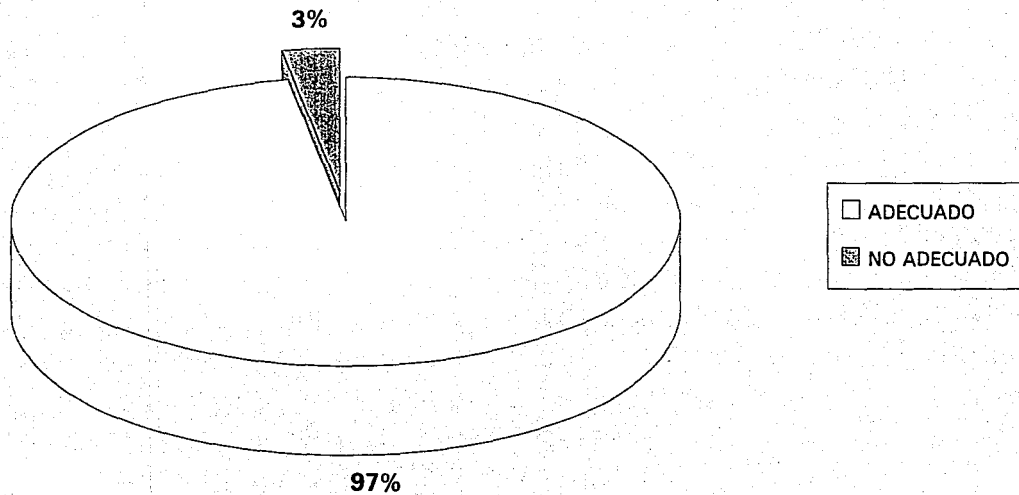
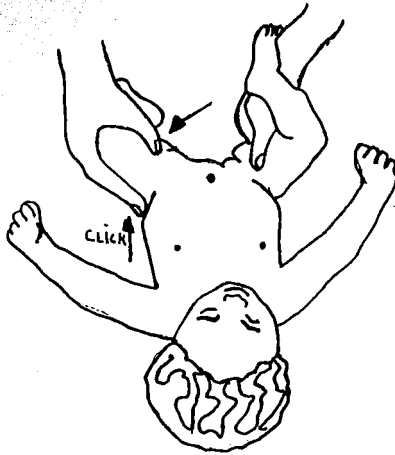
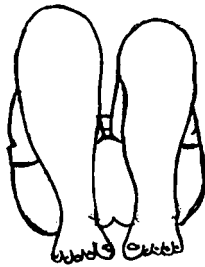


Figura 1

signo de Ortolani. Con el niño relajado y sobre una superficie firme, se flexionan 90° las caderas y las rodillas. Se examinan ambas caderas a la vez. El examinador agarra el muslo del bebé con el dedo medio sobre el trocánter mayor, y levanta el muslo para colocar la cabeza femoral desde su posición luxada posterior hasta oponerse al acetábulo. Simultáneamente, se abduce suavemente el muslo, reduciendo también suavemente la abducción, y reduciendo la cabeza femoral dentro del acetábulo. Si el signo es positivo, el examinador siente la reducción por un "clic" palpable casi audible.

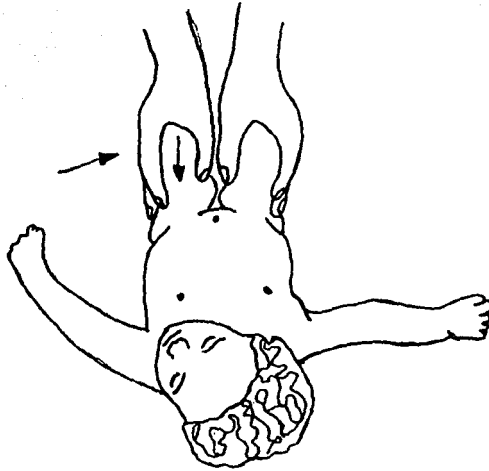


signo de Ortolani.



signo de Galeazzi

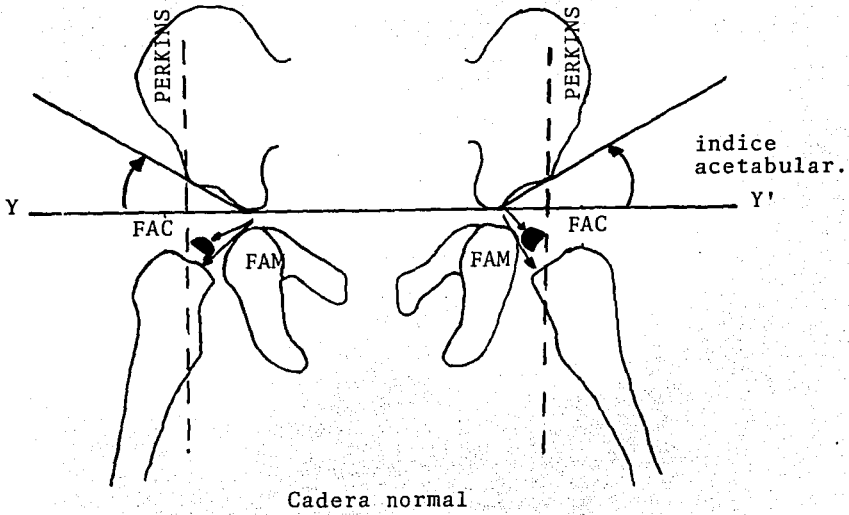
Figura 2



PRUEBA DE BARLOW
(Ortolani invertida)

prueba de Barlow. Se realiza en dos etapas. Con el lactante en decúbito dorsal y las caderas y rodillas flexionadas, se aplica el dedo medio de cada mano sobre el trocánter mayor y el pulgar de cada mano sobre la cara medial del muslo, frente al trocánter menor. Se llevan los muslos a una posición intermedia (abducción) y se presiona con el dedo medio de una mano hacia adelante, desde detrás del trocánter mayor, mientras que la otra sostiene al fémur y la pelvis del lado opuesto. Si la cabeza femoral se desliza hacia adelante y entra en el acetábulo, se siente la luxación de la cadera. Si no hay movimiento perceptible de la cabeza femoral esto significa que no hay luxación. La segunda etapa de la prueba consiste en presionar hacia atrás y afuera sobre el muslo medial con el pulgar. Si se palpa que la cabeza del fémur se desliza hacia afuera sobre el borde del acetábulo y vuelve a su sitio apenas cesa la presión, existe inestabilidad de la cadera.

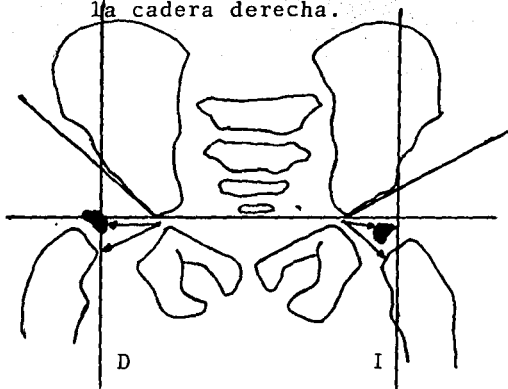
Figura 3



Indice acetabular (grados)			
	R.N.	6 meses	12 meses
Derecha	28.3°	20.4°	19.6°
Izquierda	29.4°	23.1°	20.7°

Figura 4

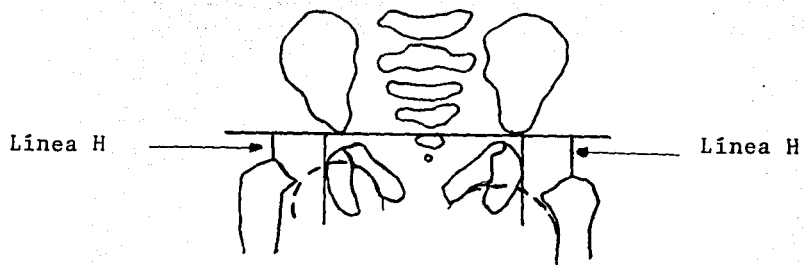
Luxación congénita de
la cadera derecha.



Cadera izquierda normal

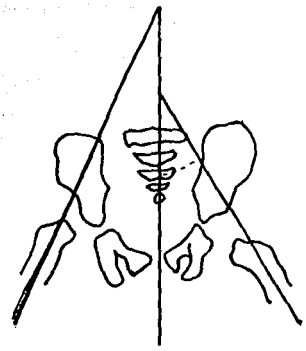
Cadera derecha luxada

Se aprecia displasia acetabular, incremento del FAC y FAM, localización del núcleo cefálico en el cuadrante lateral e inferior.

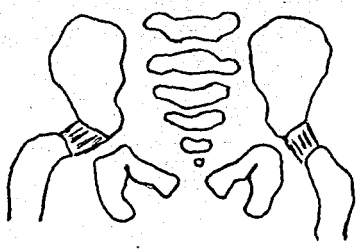


Línea de Shenton

Figura 5



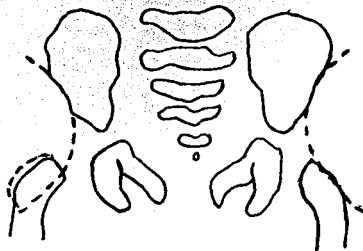
Método de Von Rosen II



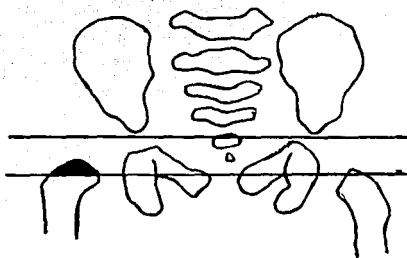
Paralelogramo de Köpitz

Figura 6

Luxación Congénita de
la cadera derecha

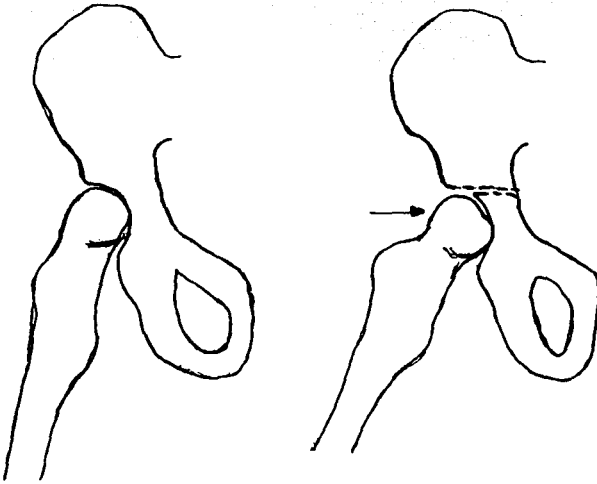


Arco de Calvé

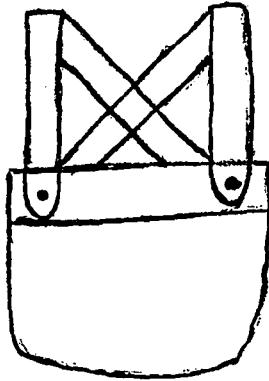


Línea de Von Rosen I

Figura 7

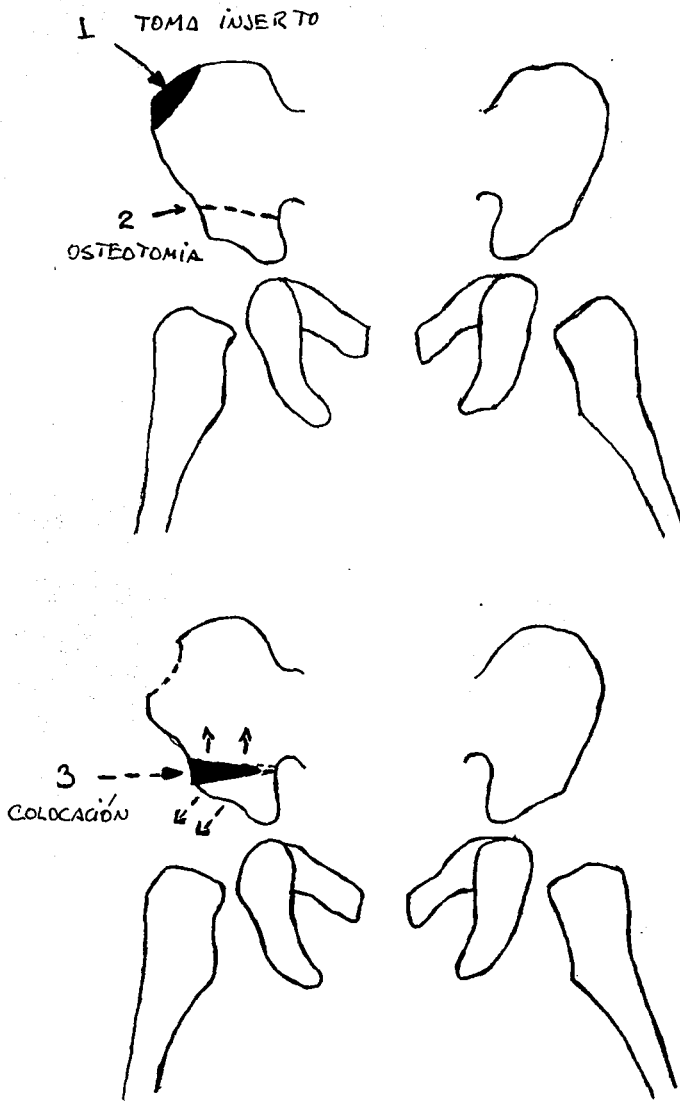


OSTEOTOMIA DE CHIARI



COJIN DE FREDJKA

Figura 8



OSTEOTOMIA INNOMINADA DE SALTER

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Anaya, Vallejo Sergio
" MEDICIONES RADIOLOGICAS EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "
TESIS U.N.A.M. 1985 p.p. 76 - 94
- 2.- Bouchet - Cuilleret
" ANATOMIA, MIEMBROS INFERIORES "
Editorial Panamericana, 1990 - p.p. 9 - 90, 1a. Edición
- 3.- Campbell, Edmonson - Crenshaw
" CIRUGIA ORTOPEDICA " - Tomo 3
Editorial Interamericana, p.p. 1821 - 1880
- 4.- Domínguez Barranco, Alfonso
"TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE LA CADERA EN NIÑOS
MAYORES DE 18 MESES "
Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología - Vol. 6 #1
- 5.- Edeiken, Jack
" DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS HUESOS "
3a. Edición, Editorial Panamericana, p.p. 1279 - 1315 , 1986.
- 6.- Edilson Forlin - Bowen
" PROGNOSTIC FACTORS IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP TREATED
WITH CLOSED REDUCTION "
Journal of Bone and Joint Surgery, 1992, p.p. 1140 - 1152
- 7.- Franklin T. Hoaglund
" OSTEOARTHRISIS AND CONGENITAL DYSPLASIA OF THE HIP IN FAMILY
MEMBERS OF CHILDREN WHO HAVE CONGENITAL DYSPLASIA OF THE HIP "
Journal of Bone and Joint Surgery, 1990, p.p. 1509 - 1519

- 8.- Guzmán Robles, Oscar
" LA ARTROGRAFIA EN LA ENFERMEDAD LUXANTE DE LA CADERA "
Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología, Vol. 6 #1
Enero - Febrero 1992, p.p. 23 - 25
- 9.- Kevin L. Garvin
" LONG - TERM RESULTS OF TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN CONGENITAL
DISLOCATION AND DYSPLASIA OF THE HIP "
Journal of Bone Joint Surgery, 1991, p.p. 1348 - 1353
- 10.-Keret, David
" GROWTH DISTURBANCE OF THE PROXIMAL PART OF THE FEMUR AFTER
TREATMENT FOR CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP "
Journal of Bone and Joint Surgery, 1991, p.p. 410 - 423
- 11.-Redón Tavera, Antonio
"INCONVENIENTES DE LA OSTEOTOMIA INNOMINADA EN EL TRATAMIENTO
DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA "
Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología, Vol. 6 #1
Enero - Febrero 1992, p.p. 26 - 33
- 12.-Tachdjian
" ORTOPEdia PEDIATRICA " - Volumen 1 - 2a. Edición
Editorial Interamericana 1993, p.p. 322 - 490
- 13.-Trinzo, M.D.
" CIRUGIA DE CADERA "
Editorial Panamericana 1975 , p.p. 186 - 222
- 14.-Valls, Perruelo - Aiello
" ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA" 3a. Edición
Editorial El Ateneo, 1985 , p.p. 202 - 215