

11245

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

76
207

HOSPITAL REGIONAL 10. DE OCTUBRE

EVALUACION DE PACIENTES CON DISPLASIA ACETABULAR Y LUXACION CONGENITA
DE CADERA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL 10. DE OCTUBRE.

TESIS:

PARA OBTENER DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA.

PRESENTA:

DR. AUGUSTO ENRIQUE TORRES ARRAZOLA

MEXICO, DISTRITO FEDERAL

NOVIEMBRE DE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
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 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.

060230
MINISTERIO DE JUSTICIA
SECRETARÍA DE DEFENSA PÚBLICA
INSTRUMENTO DE DEFENSA PÚBLICA
Cuya firma es la del Sr. *Gerardo T. González*
presente desde el día 21 de marzo de 1991
en San Carlos de los Ríos
la ciudad de BOGOTÁ, el día 21 MAR. 1991

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA MEXICO, S. P.

Presentado ante este Consulado.

México, D. F., 13 / 03 / 1991

[Signature]
GERARDO T. GONZÁLEZ
VICERESIDENTE DE COLOMBIA
MEXICO

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO:

A MIS PADRES:

Por su gran calidad humana,
que me indicaron cual cami-
no seguir.

A VILMA MI ESPOSA:

Cuya comprensión y apoyo me
alientan el espíritu y moti-
van a seguir adelante.

A MIS HIJAS:

Maria José y Maria Margarita

A MIS TIOS:

Que en situaciones difíciles
han hecho patente su presen-
cia y sostén.

A MIS MAESTROS:

En quienes se finca, día a día
la trascendencia del Hombre.

Y a todas aquellas personas
que de manera directa ó indi-
recta, me ayudaron a lograr-
esta meta.

CONFIRMADO

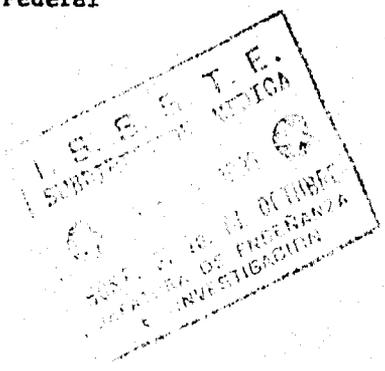
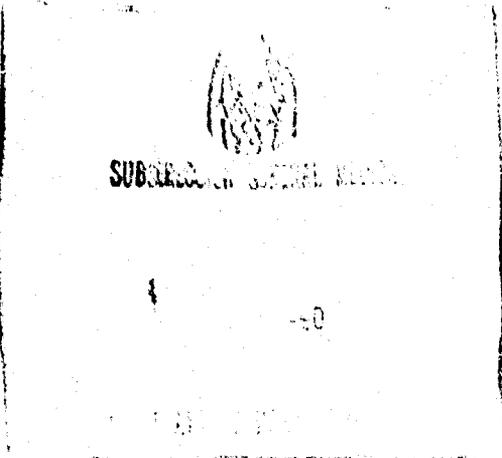


VALERIO G. ...
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. IGNACIO BERMUDEZ MARTINEZ
Asesor de Tesis
Médico Adscrito al Servicio de
Ortopedia y Traumatología

DR. IGNACIO BERMUDEZ MARTINEZ
Coordinador del Servicio de
Ortopedia y Traumatología

DR. MARIO RIOS CHIQUETE
Coordinador de Enseñanza
Hospital Regional 1o. de Octubre
I.S.S.S.T.E.
México, Distrito Federal



RESUMEN:

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital Regional lo. de Octubre observacional, descriptiva, abierta y retrospectivamente, en periodo comprendido del lo. de enero de 1988 al 31 de Marzo de 1990.

Encontrándose 17 pacientes (13 femeninos y 4 masculinos) con una edad promedio de un año seis meses, se tomò como base la exploración clínica y radiológica, midiendo exclusivamente el índice acetabular.

Por lo que el presente trabajo pretende estandarizar la conducta de manejo en los pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de cadera, típica ó con displasia acetabular, a los que se les realizó reducción de la cadera (abierta ó cerrada).

SUMMARY.

An study observational, descriptive, openly, and retrospec-
tive was carry aout in the "lo. de Octubre Hospital" in a period
between January 1rst. 1988 and march 31 th. 1990.

Twenty-seven subject were studied (13 femals and 4 males) -
with ages between 6 months and 1 year, sopported on clinical and
radiologic review, with the exclusive measure of acetabular index.

The objetive ofthis study, pretends standarize the mance--
ment behaviour in patients with diagnosis of congenital hip dis--
location, in the typical way or with acetabular dysplasia. The --
subjects in the study underwere open or close reduction of the --
hip.

* I N D I C E *

- I. Introducción
- II. Antecedentes Históricos
- III. Material y Métodos
- IV. Resultados
- V. Discusión
- VI. Conclusiones
- VII. Bibliografía

INTRODUCCION

La luxación congénita de cadera, es un problema de salud pública en nuestro medio, con una incidencia de 1.3 a 2 X 1000 (12); comparable con otras partes del mundo, y que al no ser diagnosticada en forma oportuna tiene consecuencias en ocasiones graves de incapacidad. (1) Aun cuando se ha establecido en forma rutinaria la búsqueda de ésta patología en el recién nacido, (Signo de Ortolani) y el esfuerzo de los cirujanos ortopedistas por hacer el diagnóstico temprano y el manejo oportuno, continúan pasando inadvertidos pacientes con caderas luxadas, y más frecuentemente muestran poco ó ningún dato clínico; que en manos de un explorador sin experiencia no son diagnosticados con luxación congénita de la cadera típica, en edades en que los pacientes inician la marcha "RARA", y buscan ayuda, existiendo incluso pacientes que acuden con el ortopedista en la edad adulta ya con cambios artrósicos de la articulación, y que es el dolor (tanto de la cadera como de otras articulaciones, ejemplo: Columna, Rodilla. El que obliga a buscar ayuda.

Las múltiples variantes en las distintas etapas requieren de una adecuada valoración médica y contar con los recursos para resolverla y así evitar la frecuencia de secuelas -- invalidantes, por lo que es importante insistir que para su solución se requiere de;

Preparación del médico ortopedista y la colaboración de colegas especialistas como son: El médico general, el gineco-obstetra, el pediatra, la enfermera, los familiares y maestros. (1, 16).

ANTECEDENTES HISTORICOS

La luxación congénita de la cadera ya la conocia e incluso la describe por primera vez los hallazgos de autopsia en un niño de 11 días de nacido, y no es sino hasta el presente siglo en que se establece el manejo en base a los hallazgos tanto radiológicos como clínicos (7).

Sputter y Lovvet en 1942, mencionan que el eje acetabular es normal cuando es horizontal, que es bueno por debajo de 30 - grados, regular entre 30 y 60 grados. Hilgenreiner en 1925 reporta sus estudios en pacientes recién nacidos estableciendo algunas medidas referentes a la inclinación del acetabulo en radiografías simples de pelvis (7), y llamo retardo en el desarrollo, a esta alteración siendo los años veintes donde hubo mayor contribución en el diagnóstico, de luxación congénita de cadera.

Pero no es sino hasta 1936 en que Klienbergl y Liberman introducen el término de "Índice Acetabular", mencionando la importancia de éste; haciendo incapié que debía ser rutinario el estudio radiológico en el recién nacido.

Habiendo otros autores que solo lo justifican cuando hay signos que clínicamente sugieran alguna duda en cuanto a la normalidad de la cadera; ya reportandose en aquellos años en la literatura de casos preluxación radiológica, sin tener ningún tipo de signos clínicos estableciendose en los años veintes que - pacientes con ángulos mayores de 30 grados deberían ser manejados con aparatos ABD.

En los años cincuentas se inicia el uso de la artografía para establecer el diagnóstico mas preciso de la luxación congénita de cadera y se subraya la gran importancia que tiene en el manejo, diagnóstico y seguimiento, (Heublein 1952, Mitchell - - 1963, (8,9,6,10).

En cuanto al desarrollo del acetábulo se sabe que para -- que se lleve a cabo éste es preciso el contacto de la cabeza femoral con el cartilago trirrariado, y que existe una edad en la cual los niños tienen un potencial de desarrollo muy importante, ano y medio ó dos años; y con el paso del tiempo de esta propiedad se va perdiendo considerablemente. Actualmente se ha agregado al conocimiento la importancia del limbus, como parte cartilaginosa del acetábulo en la osificación final del mismo y en su efecto perjudicial cuando es resecado quirúrgicamente, Pcon -- Vidales en 1970 menciona la relación entre el índice acetabular real y el aparente y su función como estabilizador en casos de displasia acetabular con su luxación, (13, 18).

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron en el Hospital Regional lo. de Octubre, 17-pacientes sumando un total de 23 caderas, en forma retrospectiva en el periodo comprendido de enero de 1989 a marzo de 1990, siendo incluidos en el estudio bajo los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Pacientes entre las edades de 0 a 3 años
- 2) Pacientes con diagnóstico de luxación congénita de cadera típica y/o displasia Acetabular que no se acompañe de - r otras malformaciones.
- 3) Pacientes a los que se les haya realizado tenotomía de -- aductores y/o reducción abierta ó cerrada de cadera.
- 4) Pacientes en quienes haya displasia acetabular radiológica pero sean estable clinicamente sin otro estudio previo.

CRITERIOS DE EXCLUSION;

- 1) Pacientes mayores de 3 años con diagnóstico de luxación - congénita de cadera típica.
- 2) Pacientes que tengan diagnóstico de luxación congénita de- cadera teratológica ó secundaria a otras causas, ejemplo: parálisis cerebral, artrogriposis, mielodisplasia, etc.
- 3) Pacientes que no se les haya realizado estudios previos ó que no sea útil, aún cuando cumplan con los demás criterios.

En el estudio se registrarón los siguientes datos: edad, sexo, numero de registro, compromiso de cadera (unilateral ó -bilateral), cadera derecha ó izquierda en caso unilateral edad de diagnostico edad de tratamiento inicial, tratamiento recibido previamente al llegar al hospital lo. de Octubre.

Los aspectos clinicos que se tomarón tanto preoperatorios como posoperatorios fueron:

Signos de Ortolani, Barlow, de pistón y limitación de la abducción de la cadera. (19,4).

La exploración radiológica fue con placas en AP de pelvis en neutro tomando en cuenta los criterios del indice acetabular-preoperatorios y posoperatorios. (12) (7).

Se llevó a cabo la evaluación radiológicamente y clínicamente, los pacientes a los que se les realizó acetabuloplastia (salter) con los mismos criterios antes referidos haciendo énfasis a la correlación del desarrollo acetabular y preoperatorio. (3,5,14).

RESULTADOS

Los resultados encontrados en el presente estudio son los siguientes. (Tabla 1), 17 pacientes sumando un total de 23 caderas de los cuales 13 fueron femeninos que representó el 74.4% y cuatro masculinos con un 23.5% (Fig.1). La edad en el momento del estudio fué, mínima de un mes y la máxima de tres años; con un promedio de un año seis meses, la edad de diagnóstico fue, - la mínima al nacimiento, la máxima a los dos años con un promedio de un año cuatro meses, la edad de tratamiento la mínima al nacimiento, la máxima a los dos años con un promedio de un año cuatro meses, la edad de tratamiento la mínima al nacimiento, la máxima a los tres años con un promedio de un año seis meses. (Fig. 2,3).

Del grupo en que estuvo involucrado una cadera fueron 12- que representa el 70.5% de esta a la derecha estuvo comprometida en cinco caderas que es el 29.4% y la izquierda en caderas - que representa el 41.1% (Fig.4).

Cuando estuvo comprometida ambas caderas cinco que representa 29.4% de estas, la cadera derecha tenía un ángulo inicial mínimo de 32 grados máximo de 40 grados con promedio de 36°. - La izquierda con un ángulo mínimo de treinta grados y máximo de 40 grados con un promedio de 35 grados.

Los signos radiológicos encontrados fueron: Índice acetabular de los pacientes quienes se manejaron conservadoramente con cojín de Frejka fue máximo de 38° y un mínimo de 34°. El índice acetabular preoperatorio con un mínimo de 30° y máximo de 40° - con un promedio de 35°.

El índice acetabular real fue posible determinado en todos los pacientes teniendo un máximo de 38° y un mínimo de 30° con un promedio de 34° , el índice acetabular aparente a los seis meses de pos operado tuvo un mínimo de 25° y un máximo de 38° con un promedio de 31.5° .

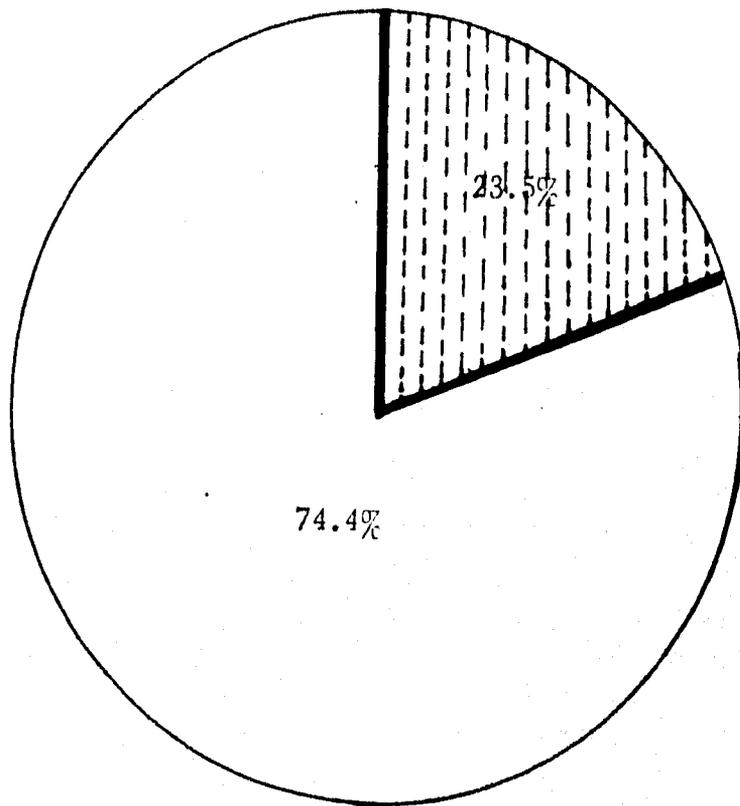
El manejo que recibieron los pacientes del Hospital lo. de Octubre fue de tenotomía de aductores del 64.7% de los casos, tracción de dos semanas el 35.2% a seis casos de reducción abierta seis casos, reducción cerrada siete casos que es el 29.16% -

Fue efectuada la cirugía descrita por salter en cinco casos que represento el 29.4%, con un paciente que se luxó fue revisada la tenotomía de aductores y reducción abierta, la reducción abierta tipo salter se realizó por abordaje iliofemoral anterior.

Los pacientes quienes se manejaron con cojín de Frejka — siete representa el 41.1% por seis meses.

Al cierre del presente estudio dos pacientes tenían marcha normal posterior a ser enviados al servicio de rehabilitación.

FIG 1



FEMENINOS
MASCULINOS |||||

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

PORCENTAJE DE CADERAS INVOLUCRADA

23 CADERAS

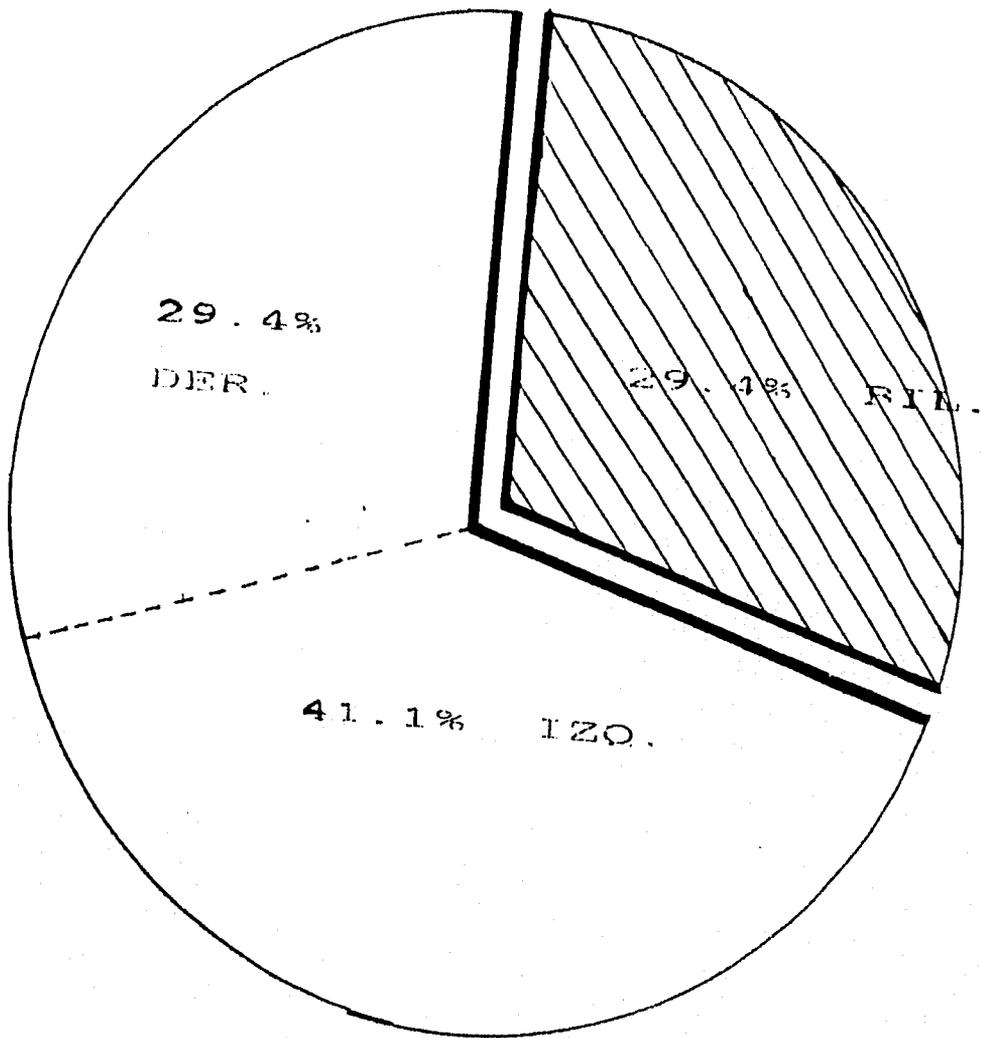
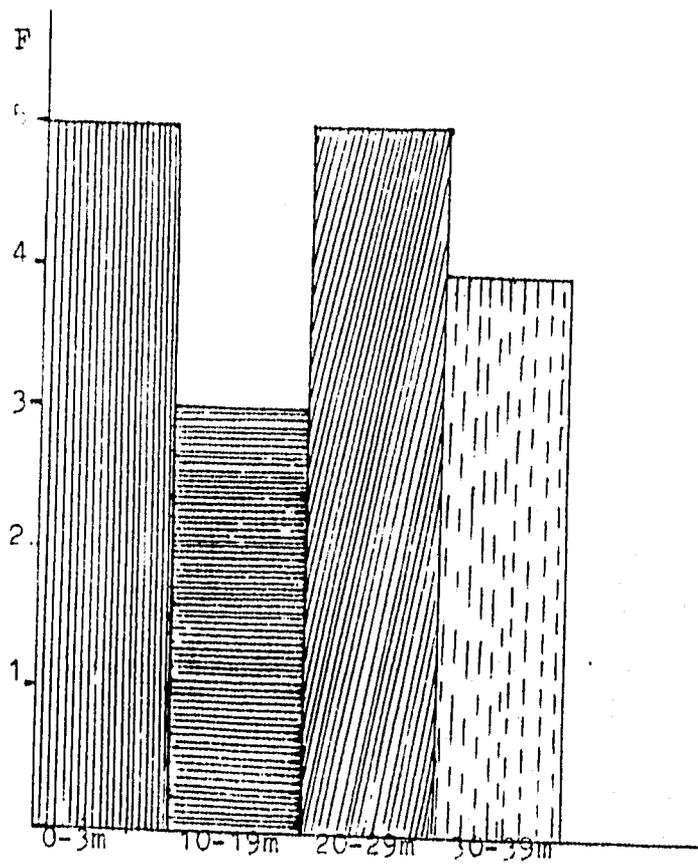


FIG 2

PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR EDAD



EDAD MESES.

DISCUSION

Los pacientes fueron analizados de acuerdo a los hallazgos clínicos radiológicos.

En cuanto al sexo, se aprecia que hay evidente predominancia en el sexo femenino comparable con otros estudios. (4,8,10,-1,15,17,19).

La edad de diagnóstico que nos muestra este estudio indica que el diagnóstico temprano (nacimiento) de esta patología sigue siendo deficiente aún en nuestros días y en nuestro medio, siendo el promedio de edad, cuando el paciente indica marcha, y es cuando los padres buscan ayuda por la marcha claudicante, que se aprecian en el niño así como también en aquellos pacientes con subluxación y que clínicamente no dan datos al nacimiento, pero sí al iniciar la marcha correspondiéndole la edad del tratamiento a la edad del diagnóstico siendo comparable con otros estudios. (4,11,12,14).

El signo de galleazzi es positivo en pacientes con compromiso unilateral y dependiendo del desplazamiento superior de la cabeza femoral, (2,12,15) encontrándose positivo en nuestra serie, el signo del pistos estuvo presente en aquellos pacientes que tuvieron un diagnóstico temprano (antes de los seis meses) el cual traduce la poca contractura de la masa muscular y los tejidos blandos que permiten el desplazamiento de la cabeza femoral.

La limitación de la ABD que hace alusión especiales como signo constante en la luxación congénita de cadera, siendo mencionada por otros autores encontrándose como signo clínico constante en nuestra serie.

En los resultados radiológicos el índice acetabular preoperatorio de 35° en nuestra serie es comparable con estudios--previos reportados por varios autores. (10).

Los mejores resultados fueron en quienes el manejo fue más temprano como en los casos (1,3,9,1,5,16,17, teniendo como edad crítica los 18 meses (Hass 1951) y después de la cual el potencial disminuye considerablemente (Salter).

Siendo también correlacionado que el menor descenso acetabular ocurrió en aquellos pacientes en que el manejo fue más tardíamente como en el caso 12. (Servin, Hass, Salter, Schwartz.)

Al tomar proyecciones ABD y rotación máxima fue posible medir el ángulo acetabulador haciendo notar lo importante que es tomar radiografías por lo menos en las dos proyecciones, para que nos pueda brindar mayor información. (10,12).

El manejo recibido por los pacientes fue el que actualmente esta bien establecido, con sus excepciones, ya que algunos-pacientes tal vez requerían procedimientos adicionales.

CONCLUSIONES

- 1) Se corroboró que hay una edad crítica "un año y medio, a los dos años" (11) para el potencial de desarrollo acetábulo, posterior al cual se va perdiendo el potencial, al parecer independiente del índice acetabulador.
- 2) No se puede establecer, la relación que hay en caderas radiológicamente displásicas, y clínicamente estable por falta de datos clínicos en los pacientes estudiados.
- 3) Que todos los pacientes quienes se detectó su problema a edad temprana tienen mejores resultados que los que se diagnostican tardíamente.
- 4) A los pacientes con diagnóstico de luxación congénita de cadera típica se les debe realizar en forma rutinaria la búsqueda de las partes cartilaginosas y su relación con la cabeza femoral, por cualquier método posible (ultrasonido, artografía) y tomarlo en cuenta para su manejo.

BIBLIOGRAFIA

1. B Mc Kibbin. The Management of Congenital Dislocation of the Hip the Newborn
J. Bone Joint Surg. 70-B No. 3 2988.
2. D-son P. Congenital Hip Dysplasia problems in the Diagnostic and management in the first Year of life. Journal of Pediatric Orthopedics 7 No. 5 1987.
3. By Ali Kalam Chi Avascular necrosis Following treatment of Congenital Dislocation of the Hip.
J. Bone Joint Surg. 62-A No. 6 1980.
4. Gees F. A. Bos Magnetic Resonance Imaging in Congenital Dislocation of the Hip.
J. Bone Joint Surg. 70-B No. 2 1988.
5. F. Motta Ultrasonography in the Diagnosis of Congenital Hip Dysplasia in the Newborn.
International Orthopaedics (sicot). 13:29-31 1989
6. G.X. Gao Acetabuloplasty for congenital dislocation Archives of-Orthopaedics and traumatic surgery 107:42-46 1988.
7. Laurensen R. D. The Acetabular Index a critical review
J. Bone Joint Surg. 41-B No. 4 1959.
8. Leffmann Rudolf Congenital Dysplasia of the Hip (With Special -- Reference Tecongenital Subluxation or preluxation)
J. Bone Joint Surg. 41-B No. 4 1959.

9. Mitchel G.P. Arthrography in Congenital Displacement of the Hip
J. Bone Joint Surg. 45-B No. 1 Feb. 1963.
10. Peon Vidales H. El indice Acetabular Real y el Aparente en la -
Luxación congénita de la Cadera.
Anales de Ortopedia y traumatologia (México).
6:39, 1970
11. Salter R. B. Innominate Osteotomy in the treatment of Congenital
Dislocation and Subluxation of the Hip.
J. Bone Joint Surg. 43-B No. 3 1961.
12. Sierra Rojas: Luxación Congénita de la cadera Bol. Med. Hosp. --
Infant. Mex. 37:917, 1984.
13. Staheli, Dion and Tuell. The Effect of the inverted Limbus on -
Closed Management of Congenital Hip Dislocation
Clinical Orthopedics and Related Research No. 137
Noviembre - 1978.
14. N. S. Broughton Reliability of Radiological Measurements in the-
Assessment of the Child's Hip.
J. Bone Joint Surg. 71-B No. January 1989
15. Stuart L.W. Natural History of congenital Hip Dislocation (CDH)-
and Hip Dysplasia
Clinical Orthopedics and related research No. 225.
November-December 1987.
16. Stuart J.M. Davies Problems in the Early Recogniti on of Hip - -
Dysplasia.
J. Bone Joint Surg 66-B No. 4 August 1984.

17. Tachdjian M.O. Ortopedia Pediatrica Tomo I Capitulo Luxación - Congénita de la cadera Pag. 127-167 Ed. Interamericana Cedro No. 512 Mexico 4, D. F. México 1987.
18. Toshihiki Ikeda. Torn Acetabular Labrum in young Patients (Arthroscopic Diagnosis and Management).
J. Bone Joint Surg. 70-B No. 1 January 1988.
19. Wynn Davies R. Acetabular Dysplasia and Familiar
J. Bone Joint Surgery 52-B No. 704 1970.