

11245

12
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y
ORTOPEDIA

VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ
MAGDALENA DE LAS SALINAS

LUXACION CONGENITA DE
CADERA INVETERADA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO ORTOPEDISTA

P R E S E N T A

DR. CARLOS MARTIN CASTRO CADENA

ASESOR: DR. EFREN GARCIA HUERTA



IMSS

27/4/8

FEBRERO DE 1999

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.

HOSPITAL DE ORTOPEDIA

"VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ"

PROTOCOLO DE TESIS

**LUXACION CONGENITA DE CADERA
INVETERADA**

**AUTOR: DR. CARLOS MARTIN CASTRO
CADENA**

ASESOR: DR. EFREN GARCIA HUERTA

FEBRERO DE 1999.

Dr. Jorge Aviña Valencia.
Prof. Titular del curso.

Dr. Enrique Espinosa Urrutia.
Jefe de la Div. de Educación
Médica de Ortopedia.

Dra. Ma. Gpe. Garfias Garnica.
Jefe de la Div. de Educación
Médica de Traumatología.

Dr. Enrique Guinchard y
Sánchez.
Jefe de Educación Médica de
Ortopedia.

Dr. Guillermo Redondo Aquino.
Jefe de Educación Médica de
Traumatología.

Dr. Efrén García Huerta.
Asesor.

Dr. Carlos Martín Castro Cadena.
Residente de cuarto año de la
especialidad de Ortopedia.

RINGRAZIAMENTI.

Al Dott. Efrén García Herta per essere una gran persona é un gran maestro, al Dott. Enrique Espinosa Urrutia per la sua aiuta, alla mia Scuola di Medicina per mi formazione professionale, agli amici veritieri per soportarmi per quattro anni.

Peró principalmente a Dio, al mio babbo per darmi la forza é caráttere per essere forte quando si necesitara.

Alla mia mamma per il suo amore é compressione, alla mia nonna per la sua tenerezza, il mio fratello é la mia sorella per sono profondo affeto.

Mai podró pagare il appoggio cosí grande che mi déssero in momenti piú difficili ché ébbi é grazie a voi potei alzarmi e continuare avanti.

Solo voglio dire :

i Abbiamo triunfato!

CONTENIDO

INTRODUCCION	Pág.	1
OBJETIVOS	Pág.	1
ANTECEDENTES	Pág.	2
FISIOPATOLOGIA	Pág.	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág.	7
HIPOTESIS	Pág.	7
MATERIAL Y METODOS	Pág.	8
RESULTADOS	Pág.	11
GRAFICAS	Pág.	13
CASOS CLINICOS	Pág.	18
DISCUSION	Pág.	20
CONCLUSIONES	Pág.	21
BIBLIOGRAFIA	Pág.	23

INTRODUCCION.

El mejor enfoque a la Luxación Congénita de la Cadera es la detección y tratamiento temprano, pero ésta, al pasar desapercibida y cuando el niño crece, e inicia la deambulación, mayores deformidades secundarias se presentan; por lo que el tratamiento quirúrgico es diferente en el recién nacido y en niños mayores.

Por tal motivo el tratamiento quirúrgico debe de estar encaminado a restablecer la mecánica de la articulación de la cadera y evitar complicaciones especialmente la necrosis avascular, retardando así el desarrollo de la artrosis.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- Determinar La frecuencia en pacientes con Luxación Congénita de Cadera Inveterada en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narvaez.
- Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico utilizando tenotomía, desinserción parcial de músculos iliacos, tracción esquelética, reducción abierta y diafisectomía.

ANTECEDENTES.

La Luxación Congénita de Cadera es un padecimiento conocido desde tiempos remotos, iniciando con Hipócrates (460ac), en 1700 Verdin, Paletta en 1778 (hallazgos en cadáver) Dupuytren en 1826, Parise en 1836, Lorenz en 1894, Ludolff 1908 y 1913, posteriormente Wiberg, Hilgenreiner, Putti, Ortolani entre otros, en México Farill en 1959, en Chile Rayman Newman, Bado en Uruguay.

La frecuencia de éste padecimiento en Estados Unidos es de $1.55 \times 1000 \text{ hab}^{17}$, en nuestro país la frecuencia en 1968 era de $2 \times 1000 \text{ hab}^{14}$, y en 1996 fue de $1.5 \times 100 \text{ hab}$.

La frecuencia de la Luxación Congénita de Cadera Inveterada en 1977 en nuestro servicio era de 7.8%, en 1997 en nuestro servicio la frecuencia fue de 2% de Luxaciones Congénitas de Cadera Inveteradas de los ingresos de pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera habitual.

La luxación Congénita de Cadera Inveterada presenta los siguientes problemas o retos:

- I. Dificultad de reducir la cabeza femoral al acetábulo al realizar la reducción.
- II. Dificultad de mantener ésta reducción.
- III. Si está reducida, dificultad de obtener una función satisfactoria de la articulación.

El primer reporte que se conoce es de Ombredánne en 1923, en su serie de pacientes realizó reducción abierta de la cadera y combinó el acortamiento femoral, resecaando el segmento diafisario femoral por debajo del trocánter menor, lo cual disminuyó la presión de la cabeza femoral en el interior del acetábulo y facilitando su reducción.

Klisc⁸ en su serie describió 67 luxaciones de caderas inveteradas en 51 pacientes con edades de 5 a 15 años (promedio 8 años), el procedimiento quirúrgico realizado en un solo tiempo fue de reducción abierta, diafisectomía y osteotomía de cobertura. Los parámetros que valoró para sus resultados los dividió en subjetivos: dolor a la deambulación y a la marcha de los cuales el 67% no presentó dolor, el 23% presentó cierta limitación al correr y dolor en caminatas prolongadas el 10%, no hubo claudicación en el 58%, y en el 32% fue apenas perceptible; en el 8% se presentó claudicación y sólo el 2% tuvo severa claudicación. El Trendelemburg fue positivo en el 15%.

Dentro de los resultados objetivos se valoró la discrepancia de extremidades, el 35% fue menor de 3cm y el 38% fue de 3cm a 5cm. Dentro de la escala de Severin¹³ tuvo resultados excelentes (tipo I) 4 caderas (7%), buenos (tipo II, III) 37 caderas (62%), regulares (tipo IVA, IVB) 17 caderas (28%) y pobres (tipo V, VI) 17 caderas (30%). Los resultados finales que obtuvo en su estudio fueron excelentes en 2 caderas (3%), buenos 36 caderas (60%), regulares 18 caderas (30%) y pobres en 4 caderas (7%).

Herold⁷ presentó su serie con 22 niños con 32 caderas luxadas con una edad de 6 años, previo al tratamiento quirúrgico colocó tracción cutánea de 2 a 4 semanas con incremento de peso de 1 a 6kg (semanalmente colocaba 1kg) y realizó tenotomía percutánea sólo a 5 caderas, y en un solo tiempo quirúrgico hizo tenotomía, reducción abierta, diafisectomía y osteotomía de cobertura tipo Chiari, teniendo resultados excelentes en 16 caderas, buenos en 10, regulares en 5 y pobres en 1.

Schoenecker¹⁶ realizó un estudio comparativo entre los efectos de la tracción esquelética(1) y el acortamiento femoral (2) en la primero fueron 17 pacientes con 26 caderas con una edad de 4 a 7 años y una duración de ésta de 3 a 8 semanas y en el segundo grupo 8 pacientes con 13 caderas y edades de 5 a 11 años.

Discrepancia de la longitud de extremidades: (1) 8 pacientes con 4 caderas unilaterales, 4 bilaterales siendo ésta de 2cm (1-4cm); (2) 4 pacientes 2 caderas unilaterales, 2 bilaterales siendo ésta de 1.3 cm a 4.4cm, la necrosis avascular en grupo 1 fue de 14 caderas y en el 2 de 0; la reluxación estuvo presente en 8 en el grupo 1 y 1 en el grupo 2; en el grupo 1 los resultados fueron excelentes en cuanto a la movilidad en 5(19%) buenos 6 (23%) regulares 6 (23%) y pobres 9 (35%); en el grupo 2 excelentes en 4 (31%) buenos 6 (46%) regulares 3 (23%) y pobres 0, en la escala de Severin en el grupo 1 excelentes 2 (8%) buenos 6 (26%) regulares 13 (50%) pobres 5 (19%), y en el grupo 2 excelentes en 3 (23%) buenos 8 (62%) regulares 2 (16%) y pobres 0.

Galpin⁵ hizo revisión de 33 caderas en 25 pacientes con edades de 3 a 8 años sin colocar tracción esquelética, realizando acortamiento femoral y en 21 caderas osteotomía pélvica al mismo tiempo de la reducción abierta, la evaluación radiográfica final fue de acuerdo a la escala de Severin siendo excelentes 7 caderas, buenas 17, regulares 8 y pobres 1; la necrosis avascular se presentó en 3 casos siendo del tipo IV dentro de la clasificación de Bucholz y Ogden². Los arcos de movilidad fueron valorados de acuerdo al sistema de Ferguson y Howorth

resultando excelentes 17, buenos 7, regulares 3 y pobres 1. Dentro de las complicaciones que presentó en forma postquirúrgica hubo 4 luxaciones, 2 de ellas después de 6 semanas de postoperados siendo reducidas en forma cerrada, las otras 2 tuvieron que ser reducidas de forma abierta (una de éstas 5 meses después de ser operadas), en 3 pacientes hubo inestabilidad (subluxación), uno de éstos fue diagnosticado a los 3 meses de postoperado siendo manejado en forma conservadora mediante la colocación de yeso de Petrie por 3 meses siendo clasificado dentro del tipo III de la escala de Severin, a los 2 restantes se realizó revisión quirúrgica. La coxa vara se presentó en forma bilateral en un paciente que tuvo L.C.C.I. Bilateral y 2 presentaron rigidez posterior a la cirugía.

Ryan¹¹ realizó una revisión en 18 niños con 25 caderas afectadas teniendo una edad de 6 años con promedio de 3 a 9 años, a 5 pacientes se les colocó tracción esquelética con promedio de 19 días (promedio de 4 a 43 días), el procedimiento quirúrgico realizado fue de reducción abierta, acortamiento y desrotación femoral y osteotomía pélvica (si estuviese indicado de acuerdo con la preferencia del cirujano) Pemberton en 7 caderas, Salter en 9 y Shelf en 1, las estructuras musculares que impedían la reducción fueron liberadas. La valoración postquirúrgica fue realizada de acuerdo a la Escala de Severin 7 caderas (28%) fueron tipo I, 11 (44%) fueron tipo II, 4 (16%) fueron tipo III y 3 (12%) tipo IV; los cambios degenerativos fueron valorados de acuerdo al sistema de Boyer y cols. Siendo G 0 8 caderas (32%), G I 6 (24%), G II 10 (40%) y G III 1 (4%). La osteonecrosis se presentó en 4 caderas tratadas con tracción, las complicaciones adicionales que se presentaron fue 1 fractura supracondílea femoral en 2 pacientes, 1 de los cuales tuvo tracción esquelética por 6 semanas y la fractura ocurrió posterior a la remoción del yeso a las 10 semanas de postoperado, la otra fractura ocurrió 4 meses posterior a la cirugía (sin tracción preoperatoria) ambos se trataron en forma conservadora con moldes de yeso, el primero presentó rigidez de la articulación necesitando movilización bajo anestesia de la cadera.

En nuestro país el Dr. Farill³ realizó a los pacientes con éste padecimiento diafisectomía para disminuir la presión de la cavidad acetabular y al mismo tiempo poder reorientarla.

Gómez⁶ en su serie presenta 39 pacientes con 44 caderas afectadas, las edades oscilaron de 5 a 14 años (promedio 7 años), dividiendo a sus pacientes por grupos de edades: grupo I 5 a 7 años (27 caderas), grupo II 7 a 10 años (11 caderas), grupo III 10-15 años (6 caderas), en un primer tiempo quirúrgico se realizó tenotomía de aductores y tracción

esquelética con Callot de contracción, con un tiempo promedio de 18 días, en el grupo I se realizó reducción abierta y Pemberton y Salter, en el grupo II reducción abierta y Chiari, una segunda opción en casos necesarios osteotomía varizante y desrotadora, y como tercera opción artroplastia tipo Colonna. En el grupo III cirugía paliativa (artrodesis y cirugía tipo Schanz). Los resultados fueron evaluados en base a los parámetros de Merle D'Aubigne y Severin; los resultados fueron alentadores en el grupo I, y decrecieron en el grupo II y III respectivamente.

FISIOPATOLOGIA.

La reducción de la cabeza femoral se opone por la presencia de músculos cortos alrededor de la cadera, (si hiperextendemos para permitir la reducción aún con tracción esquelética preoperatoriamente) la tensión tiende a relajar la cadera después de reducida, si esto sucede, si esto no sucede en relajarse la cadera; se provoca un incremento en la presión de la cabeza femoral sobre el acetábulo, conduciendo la presión a isquemia, necrosis, rigidez y deformidad de las caderas.

Conforme el niño crece, la fuerza de los músculos alrededor de la cadera aumenta, y también la resistencia para elongarse.

El músculo psoasiliaco se ve acortado, éste acortamiento es debido e incrementado por la posición (posterolateral) del trocánter menor. Debido a esto el psoasiliaco no sólo resiste el descenso de la cabeza sino también posterior a la reducción tracciona el fémur en rotación externa, flexión y abducción, produciendo la subluxación y deformidad.

Al realizar la reducción de la cabeza femoral en el acetábulo (en ausencia de factores luxantes como el psoasiliaco) se debe tomar muy en cuenta la orientación de la cabeza porque si no puede subluxarse presionando la cabeza con la ceja acetabular y al incrementarse la presión en un área localizada de la cabeza crea una necrosis y subsecuentemente resorción, corriendo el riesgo de incrementar la subluxación o presentarse la luxación.

Otro factor importante es la deficiencia del acetábulo, ya que los pacientes se encuentran con displasia o con un neoacetábulo, y al realizar la reducción el continente es insuficiente para mantener la reducción ya sea por la presencia de un pulvinar hipertrófico así como del labrum o por una pérdida del techo acetabular.

Aunque no es un factor primario que impida la reducción de la cabeza femoral, los músculos abductores son importantes para la función posterior, cualquier separación de sus inserciones trocantéricas o ilíacas puede afectar su función, y si se trata de la inserción trocantérica puede dañar la irrigación de la parte lateral de la cápsula que generalmente se encuentra adherida a la tabla externa del iliaco debido a que las ramas de la arteria circunfleja lateral se encuentran cerca; cuando la luxación es alta la cápsula generalmente se encuentra adherida a la tabla externa del iliaco y una vez separada la cápsula no lograría descender la cabeza femoral, una vez que se realiza la reducción abierta la cápsula redundante se retrae en forma espontánea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia de la Luxación Congénita de Cadera Inveterada en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez en relación total de ingresos con diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera habitual?.

¿Qué grado de eficacia tiene el procedimiento quirúrgico (tenotomía, desinserción parcial de músculos iliacos, tracción esquelética, reducción abierta) en la Luxaciones Congénitas de Cadera Inveteradas en base a la escala de Severin¹³ y Ferguson y Howorth⁴?

HIPOTESIS.

- De todos los ingresos de Luxación Congénita de Cadera en el servicio aproximadamente el 2% corresponden a la Luxación Congénita de Cadera Inveterada.
- El procedimiento quirúrgico (tenotomía, desinserción parcial de músculos iliacos, tracción esquelética y reducción abierta) en la Luxación Congénita de Cadera Inveterada en pacientes de 4 a 16 años de edad tiene una eficiencia superior al 90%.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Niños de 4 a 16 años de edad con Luxación Congénita de Cadera Inveterada.

VARIABLES DEPENDIENTES.

- Índice acetabular: es el ángulo que parte de la línea Y trazando otra línea desde el fondo acetabular hasta el borde más superior de éste (techo).

- Clasificación de Severin¹³: se utiliza para la valoración postoperatoria en base a la apariencia de la cadera y el ángulo CE.
- Escala de Ferguson y Howorth⁴: es la cual, en base a constantes establecidas multiplicadas por los arcos de movilidad nos indica el grado de función de la misma.
- Clasificación de necrosis avascular de Salter, Kostuik y Dallas¹²: indica el grado de lesión de la cabeza femoral posterior al evento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio retrospectivo parcial, transversal, observacional y descriptivo, realizado en el servicio de Ortopedia Pediátrica en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez durante los años 1994 a 1997.

Los siguientes cuadros se utilizaron para la valoración de nuestros pacientes así como los resultados obtenidos.

Cuadro 1

CLASIFICACION DE SEVERIN ¹³		Angulo CE (grados)	
Clase	Apariencia de la cadera	6-13 años	>=14
años			
IA	Cabeza femoral esférica	>=20	>=26
IB	Cabeza femoral esférica	15-19	20-25
IIA	Anormalidad de cabeza, cuello, acetábulo	>=20	>=26
IIB	Anormalidad de cabeza, cuello, acetábulo	15-19	20-25
III	Cadera displásica con desarrollo anormal del techo acetabular	<=15	<=20
IVA	Subluxación (cabeza femoral desplazada hacia cefálico y lateral)	0 ó +	0 ó +
IVB	Subluxación (cabeza femoral desplazada hacia cefálico y lateral)	neg.	neg.
V	Cabeza femoral se articula con acetábulo Secundario	-	-
VI	Completa relajación		

Cuadro 2

ESCALA DE FERGUSON Y HOWORTH⁴

Flexión x 0.4
Abducción x 0.4
Aducción x 0.2
Rotación interna x 0.2
Rotación externa x 0.1
Extensión x 0.1

PUNTUACION

80 - 100 puntos = Excelente
60 - 79 puntos = Buenos
40 - 59 puntos = Regulares
- 40 puntos = Pobres

Cuadro 3

CLASIFICACION DE NECROSIS AVASCULAR DE SALTER Y COLS¹²

GRADO I falta de aparición del núcleo de osificación al año postreducción
GRADO II falta de crecimiento existiendo núcleo de osificación al año o más de reducción
GRADO III puentes en el cuello femoral por un año posterior a la reducción
GRADO IV incremento en la densidad radiográfica seguida por aparición de fragmentación a los Rx
GRADO V deformidad residual de la cabeza femoral y cuello cuando la reosificación está completa

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Niños de 4 a 16 años de edad con caderas luxadas.
- Sin tratamiento previo.
- Afección uni o bilateral.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- Pacientes de la edad mencionada con etiología diferente a la congénita.
- Con tratamiento previo.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Abandono del tratamiento.
- No-aceptación del tratamiento.

RESULTADOS.

Durante los años de 1994 a 1997 fueron captados 26 pacientes, de los cuales no se incluyeron a 3 por tratamiento previo en otra institución, 2 por presentar mielomeningocele y 1 por parálisis cerebral infantil, por lo cual nuestro universo de trabajo correspondió a 20 pacientes con 23 caderas luxadas calificando los resultados en excelentes, buenos, regulares y pobres de acuerdo a la clasificación que se utilice.

De los 20 pacientes 2 fueron hombres (10%) y 18 mujeres (90%) (gr.1). La edad al inicio de tratamiento fue de 4 a 12 años (promedio 6.7 años) en cuanto al lado afectado correspondió a 8 derechas (35%), 9 izquierdas (39%) y 3 bilaterales (26%) (gr.2). Todos los pacientes presentaron signo de Trendelenburg y el acortamiento de la extremidad afectada varió de 1.5cm a 3.5cm (promedio 1.9cm). En nuestro servicio la valoración preoperatoria se realizó en base al índice acetabular el cual varió de 20° a 52° , no tomando en cuenta el ángulo CE debido a que se encontraron negativos.

En un primer tiempo quirúrgico se realizó tenotomía de aductores a 20 pacientes con desinserción parcial de músculos iliacos a 18 pacientes (90%), los restantes 2 pacientes únicamente se realizó tenotomía de aductores (10%), colocándose tracción a 23 caderas durante 7 a 25 días (promedio 16 días) con un peso de 3 a 5 Kg. (promedio 3.4kg).

En un segundo tiempo quirúrgico se realizó reducción abierta a 23 caderas con diafisectomía a 10 pacientes, el tiempo de inmovilización posterior a cirugía fue de 6 a 12 semanas, con cambio a Batchelor por 12 semanas más; observando displasia acetabular en 4 pacientes decidiendo osteotomías de cobertura tipo Chiari en 2, Shelf en 1 y Spidzy Funayama en 1, con inmovilización por 12 semanas más y posteriormente envió a rehabilitación, para fortalecimiento muscular y recuperación progresiva de los arcos de movilidad. El índice acetabular varió de 14° a 30° .

En forma postquirúrgica se evaluaron las radiografías con la Escala de Severin¹³ (cuadro 1) englobando los resultados como excelentes dentro de la clase IA 2 caderas (9%), clase IB 1 cadera (4%); buenos clase IIA 7 caderas (31%), clase IIB 4 caderas (17%), A continuación se realiza una descripción de los resultados tanto de nuestro servicio clase III 3 caderas (13%); regulares clase IVA 1 cadera (4%), clase IVB

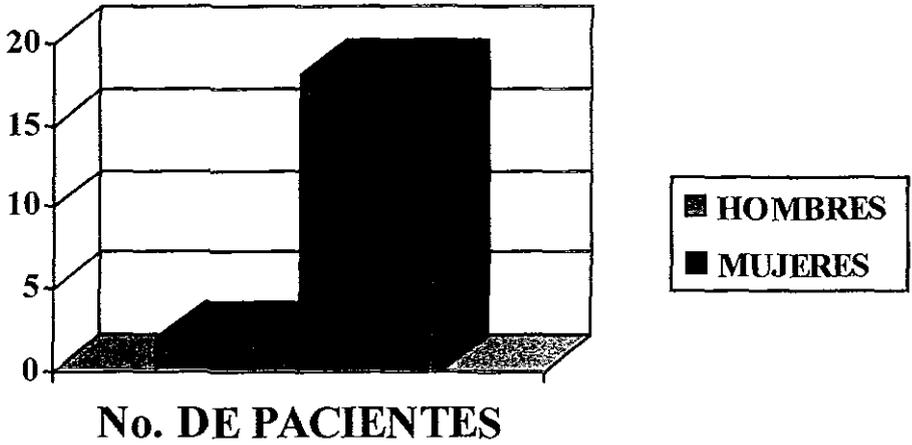
3 caderas (13%); y pobres clase V 2 caderas (9%) y clase VI o caderas (0%) (gráf.3).

La función de la cadera se realizó mediante la Escala de Ferguson y Howorth⁴ (cuadro 3) siendo el resultado excelente (80-100 puntos) 3 caderas (13%), buenos (60-79 puntos) 12 caderas (52%), regulares (40-59 puntos) 6 caderas (26%) y pobres (<40 puntos) 2 caderas (9%) (gráf.4). El signo Trendelenburg se presentó en 9 pacientes, dolor en 6.

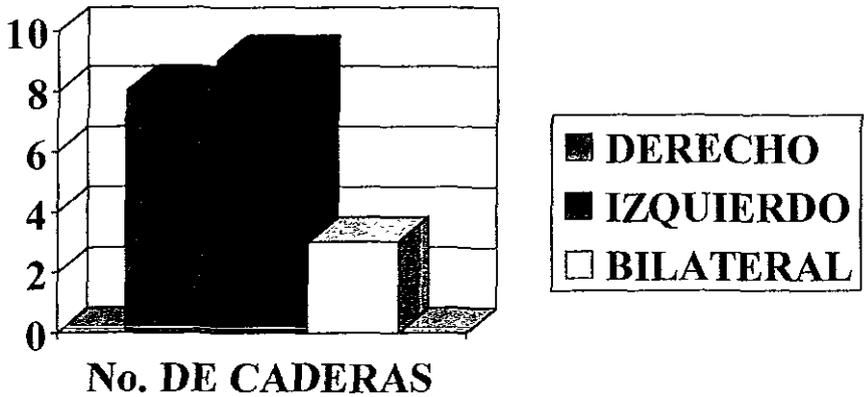
El acortamiento residual fue de 0.3cm a 4cm. Las complicaciones (gr.5) que se presentaron fue infección de tejidos blandos en 2 pacientes (uno de éstos con una L.C.C.I. bilateral) (42%), reluxación en 1 paciente (14%) y necrosis avascular evaluado en base a los criterios de Salter, Kostuik y Dallas¹² (cuadro 3) 2 pacientes dentro del GIV (42%).

Se hace una comparación entre los autores^{5, 7, 8, 11, 16} y nuestro servicio en cuanto resultados y complicaciones que se presentan en la Luxación Congénita de Cadera Inveterada (gr. 6 y 7).

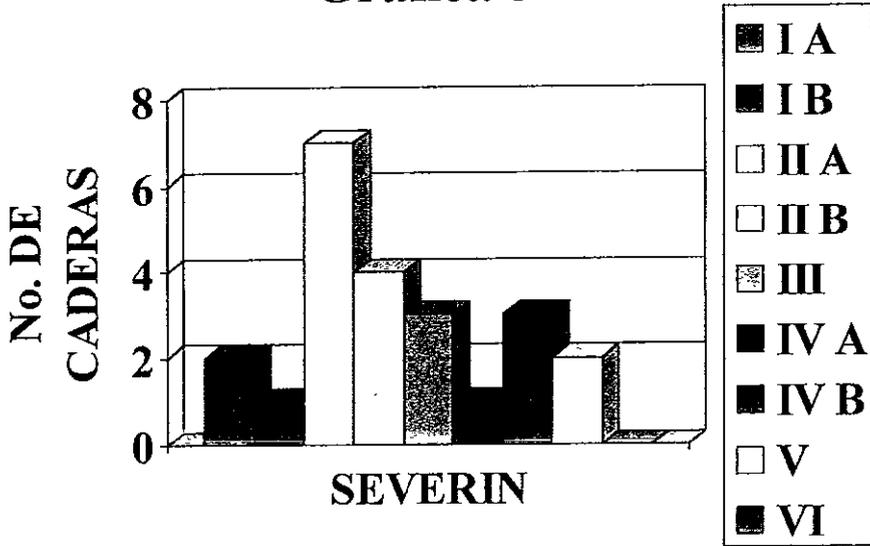
Gráfica 1



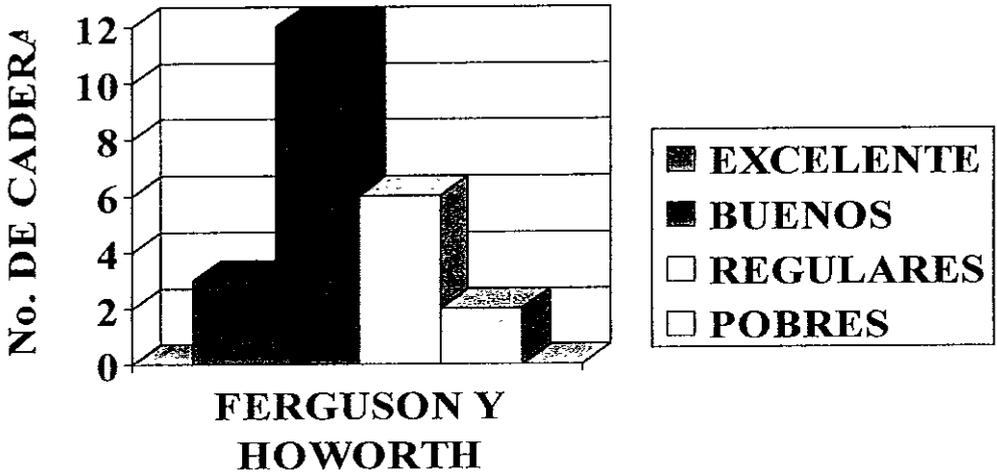
Gráfica 2



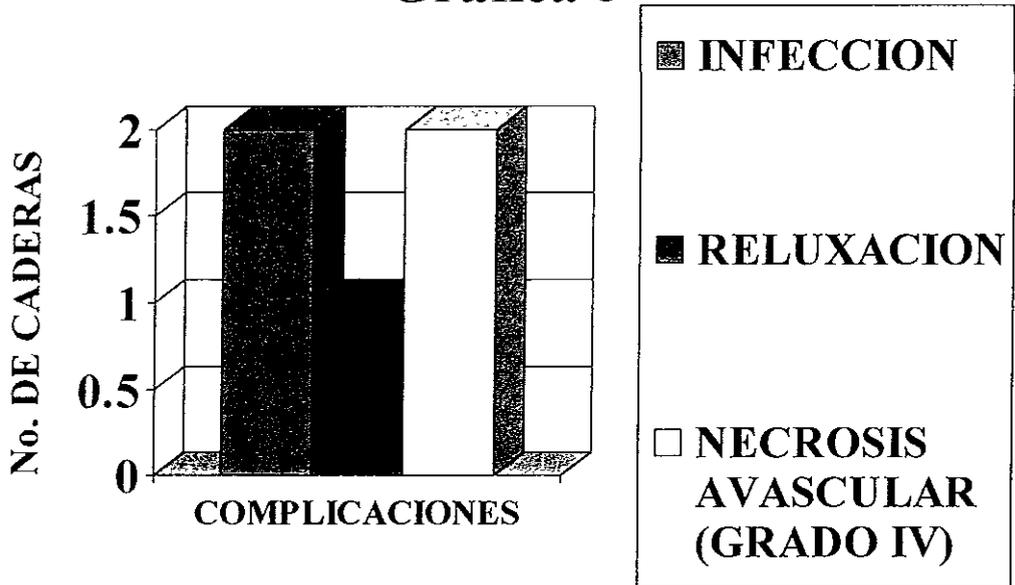
Gráfica 3



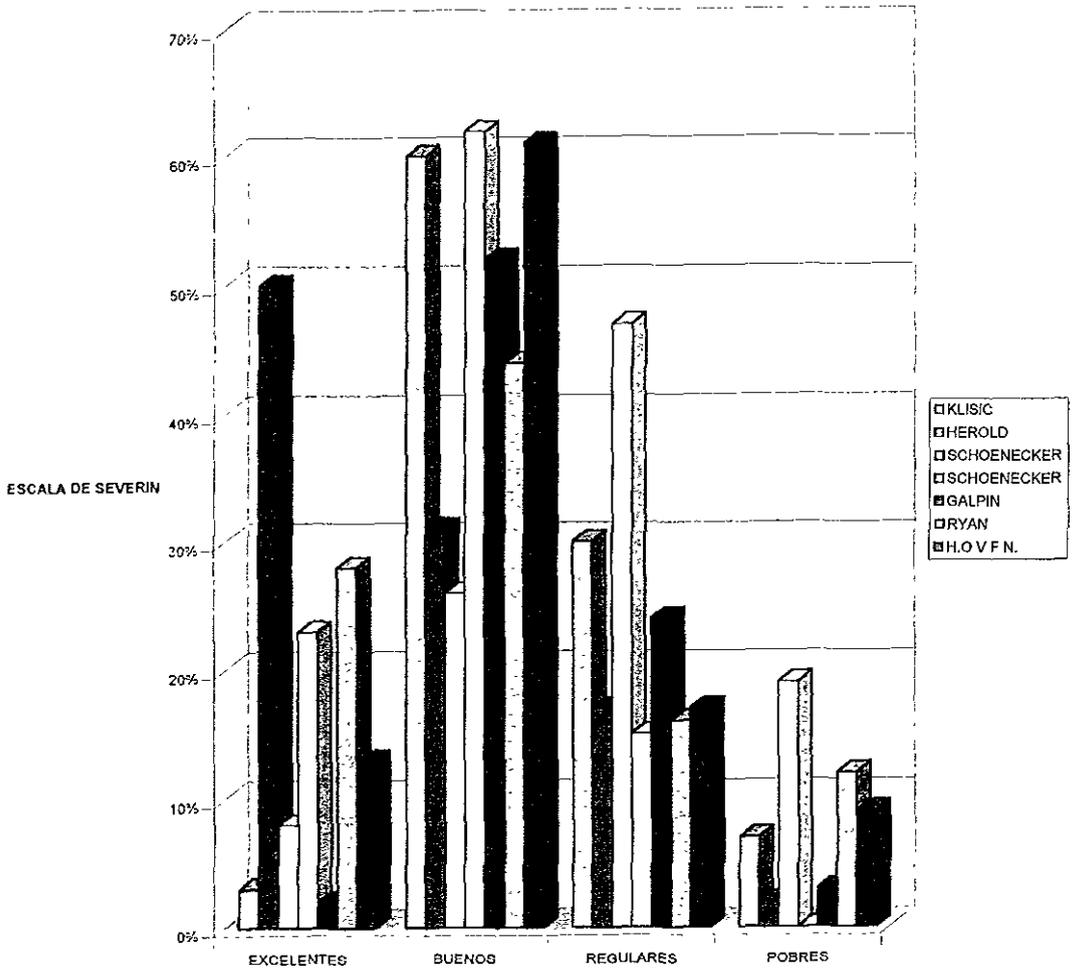
Gráfica 4



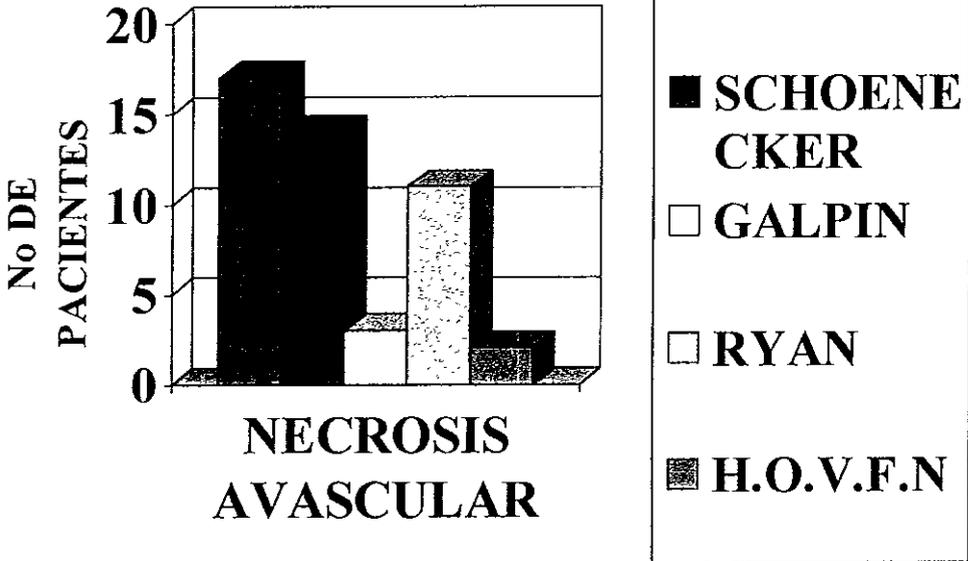
Gráfica 5



Gráfica 6



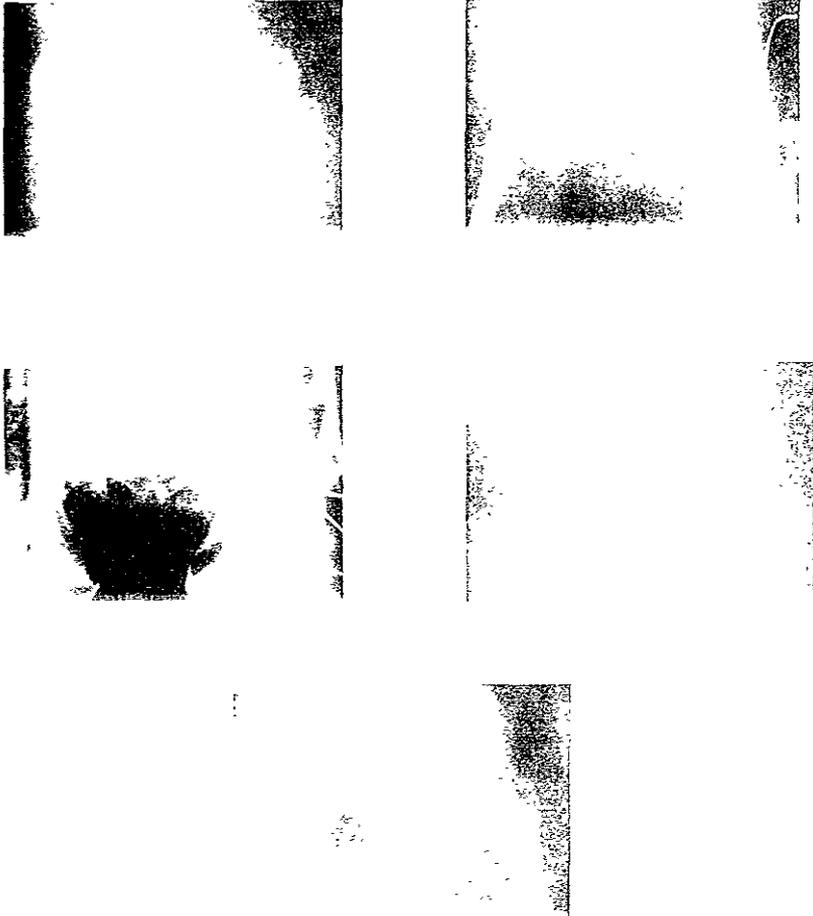
Gráfica 7





CASO 1

Femenino de 6 años de edad con L.C.C.I. derecha, Trendelenburg +, acortamiento de 20mm, IA 45°, se realiza tenotomía , desinserción parcial de músculos iliacos, colocándose tracción esquelética por 21 días, con peso de 4.5kg, en el postoperatorio IA 17°, con una Escala de Severin IIB, actualmente con Ferguson y Howorth de 87 puntos y acortamiento residual de 6mm.



CASO 2

Femenino de 10 años de edad con L.C.C.I izquierda, trendelemburg +, acortamiento de 30 mm, IA 52°, se realiza tenotomía más desinserción parcial de músculos iliacos, colocación de tracción esquelética por 16 días con peso de 4.5kg; en un segundo tiempo quirúrgico se realiza reducción abierta y diafisectomía con colocación de Callot por 8 semanas, a los 6 meses presenta necrosis avascular GIV en la Clasificación de Salter, IA 48°, actualmente con Trendelemburg +, acortamiento de 40 mm, con Escala de Severin IVB, Ferguson y Howorth de 37 puntos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSION.

En nuestro servicio se observa un decremento de la frecuencia de la Luxación Congénita de Cadera Inveterada del 7.8% hace 20 años a 2% en 1997; la edad promedio fue en nuestro estudio de 6.7 años, comparándose ésta con la de los autores mencionados (7 años⁶ y 8 años^{8, 16}).

La tracción esquelética sigue siendo un tema de controversia⁷, se hace referencia que la mayoría de los autores ^{5, 8, 9, 10, 11} no la utilizan por las complicaciones que implican (necrosis avascular, infecciones, fracturas); Schoenecker¹⁶ en su serie realiza una comparación entre el grupo de tracción y al que no se le realiza éste procedimiento el cual tuvo las mayores complicaciones en el primer grupo; sin embargo en nuestra serie a todos los pacientes se les colocó tracción y no hubo infección en el sitio de colocación del calvo para la tracción ni la presencia de fractura.

A los pacientes a los que se les realizó tenotomía, tracción esquelética, reducción abierta y la utilización de diafisectomía de acuerdo al criterio del cirujano mejoraron el signo de Trendelenburg 8% (auxiliados por la rehabilitación y la utilización de ortesis). Los pacientes que se les realizó tenotomía, tracción esquelética, reducción abierta sin la utilización de diafisectomía, éste signo tendió a ser negativo posterior a ejercicios de rehabilitación, comparándose con los autores que realizan la cirugía de un estadío^{1, 5, 7, 8, 10, 11}. Encontramos diafisectomías con ICD de grados variables, unos dentro de características normales, pero algunos otros se excedió el grado de varización utilizada correspondiendo en promedio a los resultados regulares de la clasificación utilizada¹³; así como los cambios vasculares ¹¹ en grado variable de los pacientes que tuvieron éste padecimiento.

Las infecciones de tejidos blandos que se presentaron en ésta serie fueron tratados mediante antibioterapia y escarificaciones, cediendo el cuadro. La reluxación¹ se presentó a las 18 semanas, realizándosele reducción abierta y posteriormente inmovilización con Callot y Batchelor quedando la cabeza femoral centrada.

Observamos que los resultados en la clasificación de Severin¹³ que corresponden a los excelentes son pocos, la mayoría se engloban en resultados buenos y regulares lo que refleja una técnica quirúrgica deficiente. Los pacientes que presentaron posterior a la cirugía Trendelenburg y dolor se incluyeron también dentro de la escala de Ferguson y Howorth⁴, en la cual se refleja pocos resultados excelentes,

los catalogados dentro de los resultados buenos y regulares que en nuestra serie corresponden a la mayoría de los pacientes, se encuentran en la puntuación media inferior de cada rubro, esto debido al tiempo de inmovilización prolongado lo que condiciona una mayor fibrosis debido al tipo de cirugía y por ende una atrofia muscular.

La necrosis avascular^{5, 8, 11, 16} continúa como un gran problema, los pacientes catalogados en éste rubro cursaron con el mayor acortamiento de la serie, sin embargo fueron asintomáticos y con limitación funcional de grado variable.

CONCLUSIONES.

Se ha observado una disminución de la frecuencia del número de casos en los últimos 20 años.

Creemos que como hace referencia el Dr. Gómez⁶ en su artículo, se ha hecho una mayor difusión de la Luxación Congénita de Cadera habitual en el primer nivel de atención de la salud, sin embargo debemos de ser constantes tanto en el personal médico como una educación a los familiares de los pacientes para concientizarlos en lo referente a la Luxación Congénita de Cadera, que al no ser detectados por el personal médico, o en ocasiones por apatía de los familiares, éste padecimiento puede evolucionar y conducirnos a una Luxación Congénita de Cadera Inveterada, en donde el tratamiento es complicado y el riesgo de secuelas es mucho mayor.

Estamos de acuerdo que el tratamiento quirúrgico de una Luxación Congénita de Cadera habitual es totalmente diferente a una Inveterada, por lo que debemos pugnar para realizar cirugías de un estadio, debido a que al realizarla en dos o más tiempos quirúrgicos 1) los días estancia del paciente se prolongan por el tiempo de tracción y por dos o más procedimientos quirúrgicos, 2) es mayor la agresión para el paciente al realizar procedimientos con intervalos de tiempo prolongados que al realizarlo en un solo procedimiento y 3) la recuperación progresiva de la movilidad puede ser más rápida y en corto tiempo al realizar cirugía de un estadio a diferencia de realizar procedimientos espaciados en los que sabemos que en cada uno de éstos se debe colocar inmovilización.

Nadie está exento de las complicaciones o las secuelas que sabemos se presentan en la Luxación Congénita de Cadera Inveterada, pero con una planeación adecuada y hecha por cirujanos con experiencia, éstas complicaciones las podemos disminuir en forma considerable.

Por lo anterior citado, coincidimos que el tratamiento quirúrgico y principalmente las secuelas en la Luxación Congénita de Cadera Inveterada es un reto para el cirujano ortopedista.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Browne, R.S :The management of late diagnosed congenital dislocation and subluxation of the hip. J. Bone and Joint Surg. 61-B; No. 1: 1-6, 1979.
- 2.-Bucholz, R.W. and Ogden, J.A :Patterns of ischemic necrosis of the proximal femur nonoperatively treated congenital hip.Disease in the hip.Proceedings of the Sixth Open Scientific Meeting of the Hip Society.pp 43-63;St Luis, C.V.Mosby, 1978.
- 3.-Farill, J :Diafisectomía femoral en el tratamiento de la cadera inveterada.Clin. Orthop. Vol 4, 1946.
- 4.-Ferguson, A.B and Howorth, M.B :Slipping of the upper femoral epiphysis.A study of seventy cases.J. Am. Med. Assn; 97:1867-1872,1931.
- 5.-Galpin Robert D. Et al :One-stage treatment of congenital dislocation of the hip in older children, including femoral shortening. J.Bone and Joint Surg. 71-A, No.5 :734-741, 1989.
- 6.-Gómez Luis :Tratamiento de la luxación congénita inveterada de cadera. Anales de Ortopedia y Traumatología. Vol.XIV; No.4 :221-229, 1978.
- 7.-Herold, Henry Z. Et al :Reduction of neglected congenital dislocation of the hip in children over the age of six years. J.Bone and Joint Surg. 61-B; No.1:1-6, 1979.
- 8.-Klasic, Pedrag et al :Combined procedure of open reduction and shortening of the femur in treatment of congenital dislocation of the hip in older children. Clin Orthop.No.119:60-69, 1976.
- 9.-Mac Ewen, G.Dean :Treatmentof the congenital dislocation of the hip in older children. Clin Orthop.No.225 :86-92, 1987.
- 10.-Olney, Brad et al :Treatment of the hip dysplasia in older children with a combined one-stage procedure. Clin Orthop; No.347 :215-223, 1998.

- 11.-Ryan Michael G. et al :One-stage treatment of congenital dislocation of the hip in children three to ten years old. J. Bone and Joint Surg. 80-A; No.3 :336-344, 1998.
- 12.-Salter, R.B. et al :Avascular necrosis of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children : a clinical and experimental investigation. J. Surg; 12: 44-61, 1969.
- 13.-Severin, Erik :Contribution to the knowlegde of congenital dislocation of the hip joint.Late results of closed reduction and arthrographic studies of recent cases. Acta Chir. Scandinavica; supplementum 63, 1941.
- 14.-Sierra Luis :Luxación congénita de la cadera . Limusa :15-18, 1992.
- 15.-Sierra Luis :Luxación congénita de la cadera . Limusa :275-290, 1992.
- 16.-Schoenecker, Perry L. Et al :Congenital dislocation of the hip in children. J.Bone and Joint Surg. 66-A; No.1 :21-27, 1984.
- 17.-Tachdjian, Mihram O :Ortopedia pediátrica. Vol 1:339-400, 1994.
- 18.-Tónnis D :Ischemic necrosis as a complication of treatment of congenital dislocation of the hip. Act. Orthop. Belg. Vol 56 ;No.1 :190-206, 1990.