



UMSS SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MEDICA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
FACULTAD DE MEDICINA

MFN = 895

MED.

Sofia

G 643 d.

2002

99

C.N.S.
HOSPITAL OBRERO N° 2
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

**“DETERMINAR MANEJO Y CONDUCTA DE
LA DISPLASIA Y LUXACIÓN DE CADERA EN
EL DEPTO. DE PEDIATRIA DEL H. OBRERO
N° 2 - C.N.S.”**



AUTORA: Dra. SOFIA ELENA GONZALES CASAZOLA
MEDICO RESIDENTE III PEDIATRÍA

TUTOR: Dr. OSCAR TORO VALVERDE
TRAUMATÓLOGO PEDIATRA

COCHABAMBA – BOLIVIA
GESTION -2002

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1.- RESUMEN DEL TRABAJO..... | 1 |
| I.- INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| II.- OBJETIVOS..... | 2 |
| III.- MARCO TEÓRICO..... | 3 |
| HISTORIA NATURAL..... | 3 |
| HISTORIA ANTIGUA..... | 4 |
| CONCEPTOS..... | 5 |
| ETIOLOGÍA..... | 9 |
| EMBRIOLOGÍA..... | 9 |
| PATOLOGÍA..... | 10 |
| FACTORES DE RIESGO..... | 11 |
| EXAMEN CLÍNICO..... | 13 |
| DIAGNOSTICO..... | 14 |
| ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS..... | 19 |
| EXAMEN FÍSICO SEGÚN EDAD..... | 20 |
| TRATAMIENTO..... | 29 |
| IV.- MATERIAL Y MÉTODOS | 45 |
| V.- RESULTADOS..... | 47 |
| VI.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 54 |
| VII.- RECOMENDACIONES | 55 |
| BIBLIOGRAFÍA | 56 |

RESUMEN DEL TRABAJO**INDICE DE TABLAS**

Haciendo un resumen del estudio realizado podemos citar a grandes rasgos lo que se realizo para elaborar este trabajo, en primer lugar se busco un tema que enfocara un

problema factible y que las conclusiones y recomendaciones puedan ser

TABLA 1 : SEGÚN SEXO..... 47

implementadas o por lo menos hacer que otros continúen con mas investigaciones

TABLA 2 : SEGUN GRUPO ETAREO..... 48

sobre el caso. Luego de elegir nuestro tema empezamos a identificar cual es el

TABLA 3 : SEGÚN TIPO DE PARTO 49

problema para podermos plantear el objetivo general y los objetivos específicos,

TABLA 4 : SEGÚN CLINICA..... 50

posteriormente se diseño las herramientas y métodos con los cuales se tendria que

TABLA 5 : SEGÚN DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO..... 51

recopilar la información. Una vez creados los formularios y trazados los métodos se

TABLA 6 : SEGÚN CLÍNICA Y RADIOLOGÍA..... 52

empezó la revisión de historias clínicas y posteriormente el llenado de dichos

TABLA 7 : SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO.....53

formularios.

Recopilada la información se dio directrices para la manipulación de dicha

información generando de esta manera las tablas y cuadros comparativos que nos

ayuden a verificar y revisar si podemos cumplir con los objetivos trazados, cuyos

resultados nos dan las directrices para un mejor manejo y tratamiento del problema

estudiado, cumpliéndose en un 100% , posteriormente se plantearon las conclusiones

y las recomendaciones.

"DETERMINAR MANEJO Y CONDUCTA DE LA DISPLASIA Y
LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA EN EL DPTO. DE PEDIATRÍA

RESUMEN DEL TRABAJO

Haciendo un resumen del estudio realizado podemos citar a grandes rasgos lo que se realizo para elaborar este trabajo, en primer lugar se busco un tema que enfocara un problema tangible y que las conclusiones y recomendaciones puedan ser implementadas o por lo menos hacer que otros continúen con mas investigaciones sobre el caso. Luego de elegir nuestro tema empezamos a identificar cual es el problema para podernos plantear el objetivo general y los objetivos específicos, posteriormente se diseño las herramientas y métodos con los cuales se tendría que recopilar la información. Una vez creados los formularios y trazados los métodos se empezó la revisión de historias clínicas y posteriormente el llenado de dichos formularios.

Recopilada la información se dio directrices para la manipulación de dicha información generando de esta manera las tablas y cuadros comparativos que nos ayuden a verificar y revisar si podemos cumplir con los objetivos trazados, cuyos resultados nos dan las directrices para un mejor manejo y tratamiento del problema estudiado, cumpliéndose en un 100% , posteriormente se plantearon las conclusiones y las recomendaciones.

3. DETERMINAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN TIPO DE PARTO.

4. IDENTIFICAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN CLÍNICA.

5. IDENTIFICAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN DIAGNOSTICO -
RADIOLÓGICO.

**“DETERMINAR MANEJO Y CONDUCTA DE LA DISPLASIA Y
LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA EN EL DPTO. DE PEDIATRÍA
DEL HOSPITAL OBRERO N 2 CNS ”**

III.- MARCO TEÓRICO:

I.- INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo de investigación hemos tratado de determinar cual será el **MANEJO** y **CONDUCTA** que se debe tomar frente a una Displasia y Luxación congénita de cadera, se ha visto que es muy importante el diagnosticar precozmente esta patología para minimizar las secuelas posteriores. Para lo cual se ha considerado todos aquellos casos comprendidos en el periodo de Enero del 2002 a Enero del 2003, tomando un universo de 100 pacientes atendidos en consulta externa de Traumatología en el Departamento de Pediatría del Hospital Obrero N 2 de la Caja Nacional de Salud.

II.- OBJETIVOS:

• **OBJETIVO GENERAL:**

**“DETERMINAR MANEJO Y CONDUCTA DE LA DISPLASIA Y LUXACIÓN
CONGÉNITA DE CADERA”**

• **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. **DETERMINAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN EDAD**
2. **DETERMINAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN SEXO.**
3. **DETERMINAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN TIPO DE PARTO.**
4. **IDENTIFICAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN CLÍNICA.**
5. **IDENTIFICAR DISPLASIA DE CADERA SEGÚN DIAGNOSTICO -
RADIOLÓGICO.**

4) **6. RELACIONAR LA DISPLASIA DE CADERA SEGÚN DIAGNOSTICO CLÍNICO – RADIOLÓGICO.**

mayoría **7. DETERMINAR TIPO DE TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA Y LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA.**

III.- MARCO TEÓRICO:

❖ **HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y EPIDEMIOLOGÍA**

Embriológicamente, la cabeza femoral y el acetábulo derivan del mismo grupo de células mesequimatosas. Para la semana 12 de gestación ya se ha completado el desarrollo de la unión entre fémur y acetábulo. Luego del nacimiento, estas estructuras están conformadas básicamente por cartílago y el desarrollo normal de ambas esta íntimamente relacionado, a tal punto que la cadera del adulto será normal en función del desarrollo postnatal de estas estructuras.

El daño en la cadera puede ocurrir en diversos momentos: intrauterino, perinatal o durante la infancia. El riesgo durante el embarazo se presenta en tres momentos específicos:

1) Semana 12: Es el momento de formación de la cadera y los daños producidos en este momento son de origen teratológico, Todos los elementos de la cadera tendrán un desarrollo patológico.

2) Semana 18: Aquí ocurre el desarrollo de los músculos de la articulación, por lo tanto aparecen malformaciones como artrogrifosis o mielodisplasia

3) Periodo perinatal: Tienen importancia en este momento los factores mecánicos como oligoamnios o posición de caderas (ocurre aproximadamente en el 3 % de los embarazos, y de estos hasta un 23% pueden desarrollar enfermedad luxante).

4) Periodo Postnatal: Durante el período postnatal inmediato predomina la laxitud de la cápsula articular y la cabeza femoral puede mostrarse inestable. Esto se debe en la mayoría de los casos a los estrógenos que pasan a través de la placenta. Si esta se recoloca espontáneamente y se estabiliza en unos pocos días, el desarrollo posterior será normal, Sin embargo, si persiste la subluxación o dislocación comenzarán a producirse cambios anatómicos estructurales, ya que para el desarrollo normal de la cadera es imprescindible que la cabeza femoral mantenga una posición concéntrica en el acetábulo. Estos cambios consisten básicamente en el aplanamiento de la cápsula y la contracción y posterior acortamiento de los músculos aductores, con lo cual será imposible reducir la cadera a través de la maniobra manual.

❖ HISTORIA ANTIGUA

Desde la antigüedad los griegos ya conocían la luxación congénita de la cadera.

- **Nicolás Andry (1658-1742)** En su libro L'Orthopédie, traducido al inglés y publicado en Londres en 1743, nos dice: "que el muslo puede estar luxado del tronco por distintas causas". Algunos niños nacen con ambos muslos luxados y han permanecido inválidos. Lo único, que puedo aconsejar, donde, se observe una luxación, es el recurrir inmediatamente al Cirujano: por que si se descuida, un callo se forma en la parte luxada, el cual hace la cura absolutamente imposible.

- **En 1826 Dupuytren** describió certeramente los cambios patológicos, en la luxación congénita de la cadera.

Fue considerada incurable, hasta 1888, cuando Agostino, Paci describió su método de reducir las luxaciones congénitas por cinco maniobras complicadas y precisas. Ocho años después, Adolfo Lorenz, de Viena, describió otro método de corrección el cual era esencialmente el mismo de, aquel de Paci.

Este método de cirugía exangue, después ganó extenso renombre. El éxito aparente de que él puede haber sido debido al hecho de que él mantenía los pacientes más tiempo enyesados que lo que los tenía Paci. Esta larga inmovilización en yeso permitía que el acetábulo, se, desarrollara más profundamente, así que la cadera no se volvía a luxar.

- **A principios de este siglo**, Putti perfeccionó y mejoró el método de Paci, cosechando éxitos con su tratamiento incruento en numerosos casos presentados en distintos congresos científicos, y en diversas publicaciones.
- Los más antiguos intentos de reducción quirúrgica que se conocen son Hoffa en 1844 y Loreriz en 1895. Luego Kirmisson, Denucé y Zahradniceck con resultados no, muy aceptables.
- En 1908 Ludloff describe su técnica de reducción abierta de la -luxación congénita de la cadera en niños menores de dos años.
- También son célebres los trabajos de Leveuf y Bertrand. en el presente siglo.
- En 1932 Colonna empieza con su técnica de, artroplastia capsular (basada en principios, dados ya por Hey Groves), de la cual una de sus muchas modificaciones es la conocida con él nombre de operación de Derqui.
- Vienen luego, Pemberton con su osteotomía pericapsular del ilíaco, Chiari con la osteotomía, del ilíaco, y Salter con su llamada osteotomía del hueso innominado la cual fundamentalmente es una reorientación del acetábulo hacia abajo, adelante y afuera.

Figura 1. Imagen radiográfica de la cadera. La cabeza del fémur se encuentra en su ubicación correcta

patología incluye la luxación, la subluxación, la inestabilidad (la cabeza del fémur entra y sale del acetábulo) y un estado donde solo se observa radiográficamente una inadecuada formación del acetábulo. Si bien en la gran mayoría de niños afectados la