

XV ✓

M.F.D.
T.C.S.I.
L 953 d
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO
TRAUMATOLOGIA

DISPLASIA CONGENITA DE CADERA

Docente: Dr. Ricardo Zabala
Estudiante: José Ma. Luizaga López

8.5

Cochabamba-Bolivia

DEFORMIDADES CONGENITAS

LUXACION CONGENITA DE LA CADERA

Se entiende bajo el nombre de la luxación congénita de la cadera (L.C.C) la pérdida de las relaciones normales de la articulación coxofemoral , al nacimiento del niño. Es la afección congénita más frecuente del aparato locomotor, y que ha merecido desde la antigüedad la mayor atención por parte del ortopedista.

CLASIFICACIÓN Y TERMINOLOGÍA

Por existir diversos grados de alteración a nivel de la cadera, al nacimiento, se utilizan varios términos para definirlos.

- *Cadera inestable:* Es aquella cadera, aparentemente normal, pero que por la laxitud de sus estructuras puede pasivamente luxarse. En general, la cadera que se ha luxado por estas circunstancias se reduce, luego, en forma espontánea. Los estudios radiográficos en esta variedad no demuestran signos de anormalidad.
- *Subluxación:* Es la pérdida parcial de las relaciones articulares de la cadera. Se acompaña de laxitud de las partes blandas; el fibrocartílago acetabular o limbo, que prolonga lateralmente el reborde del cotilo, se encuentra rechazado hacia fuera. La radiografía muestra un lateralización del fémur acompañada, a veces, de ascenso de este hueso.
- *Luxación:* Es la pérdida completa de las relaciones articulares de la cadera. El fémur se encuentra lateralizando y ascendido; el limbo acetabular aparece interpuesto entre la cabeza y la cavidad.
- *Displasia:* Es una deformidad de la articulación, secundaria a una incongruencia articular determinada por un laxitud de las partes blandas, una subluxación o una luxación, caracterizada por una hipoplasia ósea del núcleo de la cabeza del fémur.

- *Luxación embrionaria o teratología:* Es aquella malformación detectable al nacimiento y que ha tenido lugar en el período embrionario, debido a un trastorno del plasma germinal. Frecuentemente se acompaña de otras anomalías congénitas; por ejemplo, artrogriposis múltiple. Constituye el 2% de las caderas luxadas al nacimiento.
- *Frecuencia:* La frecuencia de la cadera inestable al nacimiento es del 1,7%, y la de la luxación del 2,4%. El 70% de las caderas inestables se normalizan espontáneamente en las primeras semanas que siguen el nacimiento. La luxación es más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho (3 a 1); en el 20% de los casos es bilateral.
- *Etiología:* Se acepta un antecedente hereditario en el 10% de los casos. La posibilidad de que la luxación se repita en un hermano es 10 veces mayor de lo habitual. Es más frecuente en la raza blanca y en la mestiza que en la negra. Es 6 veces más frecuente en la niña que en el varón. Esta mayor frecuencia en la mujer ha sido explicada por algunos autores como debida a un aumento de estrógenos al nacimiento, lo cual determinará una hiperlaxitud articular de la cadera. Esta teoría, sin embargo, no ha sido plenamente confirmada. La afección se presenta con más frecuencia en determinadas regiones del mundo, siendo en América del Sur primitiva de las vertientes andinas; es en cambio muy rara en los litorales. Es posible que este factor telúrico esté relacionado con la raza y factores ambientales. Se la observa también con más frecuencia en niños que han nacido en presentación de pelvis completa, posición ésta en la cual hay una mayor inestabilidad de las caderas. La frecuencia de presentación de pelvis en la L.C.C. es del 20%, cifra alta si se tiene en cuenta que sólo el 3% de los niños tienen este tipo de presentación al nacimiento.

Otros factores mecánicos y ambientales, como son la hiperextensión y aducción de las caderas cuando el recién nacido es tomado por los pies para su examen, o cuando la aducción de las piernas se perpetúa con el uso de

fajas o pañales, son factores que en el niño predispuesto genética y constitucionalmente determinan la luxación.

- *Patología:* En el recién nacido la única patología que generalmente se observa es la laxitud de la cápsula articular, que permite la pérdida de las relaciones articulares. En la luxación ya bien definida existe una verdadera gama de alteraciones, tanto en las partes blandas como en los demás elementos osteoarticulares.
- *Cápsula articular:* De ordinario se encuentra distendida y a veces aumentada de espesor. Usualmente su parte media se estrecha por la presión que ejerce el tendón del iliopsoas. En los casos antiguos presenta adherencia de su superficie exterior al hueso ilíaco, y de su interior al cartílago de la cabeza femoral.
- *Labrum acetabular:* Este finrocartílago, que como ya se ha dicho prolonga normalmente la cavidad acetabular, puede, en los casos de luxación, interponerse entre la cabeza y la cavidad, y en ocasiones adosarse a la superficie articular del acetábulo, impidiendo una reducción congruente.
- *Ligamento redondo:* Cuando existe una luxación alta, el ligamento redondo está alargado o hipertrofiado y en ocasiones puede estar roto ausente.
- *Pulvinar:* La grasa del trasfondo acetabular, de ordinario, está aumentada de volumen, especialmente en luxaciones inveteradas.
- *Cavidad acetabular:* Usualmente se encuentra aplanada e insuficiente, siendo su contorno o reborde poco nítido. Estos cambios son secundarios a la luxación misma, que determina una falta de estímulo a su formación. El ligamento transversal del acetábulo, que une los dos polos inferiores del acetábulo, se encuentra retraído estrechando la cavidad. Es frecuente la existencia de un falso acetábulo primitivo o verdadero formado por la presión que ejerce la cabeza femoral recubierta de su cápsula sobre el hueso ilíaco.
- *Extremo superior del fémur:* El núcleo de osificación secundario de la cabeza del fémur, que normalmente hace su aparición entre el tercero y

quinto mes del nacimiento, lo hace en la L.C.C. en forma tardía, observándose, luego, más pequeño de lo habitual. El cuello femoral, en la luxación congénita presenta una disposición en valgo y anterversión.

Diagnóstico: Está basado en el cuadro clínico y estudio radiográfico. Se consideran por separado el diagnóstico de la luxación el nacimiento y durante la infancia.

A) Diagnóstico al Nacimiento:

Cuadro Clínico: El examen de la cadera deber ser una parte obligatoria en la rutina semiológica del niño, y en especial del recién nacido. Este examen debe ser especialmente cuidadoso en la niña que ha nacido en presentación de pelvis, o cuando existen antecedentes hereditarios de L.C.C. en la familia.

El recién nacido con L.C.C. puede ser aparentemente normal a la inspección, o mostrar una asimetría en los pliegues de los muslos y regiones inguinales, así como una discrepancia en la longitud de los miembros inferiores.

La luxación de la cadera debe investigarse utilizando las maniobras clásicamente descritas por Barlow y Ortolani.

Signo de Barlow: De acuerdo con el autor que primitivamente lo describiera, este signo comprende dos partes:

1. El niño debe estar acostado sobre la espalda con sus piernas dirigidas hacia el examinador. Se flexan las caderas 90° y las rodillas 120° . El dedo medio de cada mano se coloca sobre el trocánter mayor y el pulgar correspondiente sobre el trocánter menor en la cara interna del muslo. Se llevan las caderas a una posición de abducción moderada y se ejerce presión sobre el gran

trocánter mediante el dedo medio (primero al lado derecho y luego al lado opuesto, mientras que la otra mano sostiene en forma estable la pelvis). Si la cabeza femoral se moviliza hacia delante, hacia el acetábulo, se supone que previamente estaba luxada.

2. La segunda parte del test consiste en hacer presión hacia atrás y afuera con el dedo pulgar dispuesto como ya se dijo sobre la cara interna del muslo. Si se logra desplazar la cabeza del fémur fuera del acetábulo y ésta vuelve a su sitio original, una vez que la presión ha cesado, se dice que la cadera es luxable, pero que no estaba luxada. En casos de duda se investiga la estabilidad de cada articulación, mientras que con la otra mano se sostiene firmemente la pelvis entre el pulgar que se dispone sobre el pubis y el resto de los dedos que se apoyan sobre el sacro.

Signo de Ortolani: El autor lo describe de la siguiente manera: Estando el paciente acostado sobre su espalda y manteniendo las caderas y las rodillas flexadas en ángulo recto, teniendo las manos del examinador dispuestas sobre las rodillas flexadas en ángulo recto, teniendo las manos del examinador dispuestas sobre las rodillas de manera que el pulgar apoye sobre la cara interna del muslo y el índice sobre el trocánter mayor, se llevan las caderas lentamente hacia la abducción completa. Si la articulación está luxada, en el curso del movimiento se apreciará tanto a la vista como al tacto una sensación de traquido o "clic", que corresponde al paso de la cabeza femoral sobre el reborde posterior del acetábulo. Este primer tiempo denominado como de entrada o de reducción de la cadera, se complementa en seguida con el segundo tiempo, o de salida del acetábulo, que consiste en un segundo "clic" que se produce al llevar el muslo en aducción, lo cual corresponde a la preluxación de la cadera.

Limitación de la abducción: En todo niño normal, y en especial, en el recién nacido, es posible llevar las caderas a una abducción de por los menos 70°, estando la cadera y la rodilla en flexión. La limitación de este movimiento puede deberse a una luxación de la cadera. Este signo, de ordinario, aparece hacia el

segundo o tercer mes de vida y corresponde a una retracción de los músculos aductores, secundaria a su vez a la luxación.

Cuadro radiográfico: El estudio radiográfico de la cadera en el recién nacido puede ser de gran ayuda en el diagnóstico de la luxación, pero se debe tener especial cuidado en su interpretación. Algunos autores, sin embargo, le restan importancia, basados en la dificultad que existe en tomar estudios con correcta técnica en el recién nacido, a la gran divergencia de los valores que se consideran como normales y a la inmadurez ósea de los componentes articulares. Por los demás, una radiografía puede ser normal en recién nacidos con signos clínicos indiscutibles de luxación.

La posición adecuada del niño durante la toma de radiografía es muy importante. La toma de radiografía es muy importante para poder tener una verdadera vista anteroposterior de la pelvis y de la cadera, lo cual evitará errores de rotación, de inclinación o de paralajes que modifican los valores del ángulo acetabular y las relaciones articulares.

Por tener el recién nacido una actitud de flexión en sus caderas, de aproximadamente 30°, las radiografías deben ser tomadas conservando esta posición, evitando así la inclinación de la pelvis que se produce al extender las caderas, hecho tan frecuente en este tipo de exámenes. Se recomienda con este fin envolver las extremidades del niño con un vendaje, manteniendo las rótulas mirando hacia delante. Las piernas deben estar paralelas interponiendo entre ellas un fragmento de fieltro y ponerlas sobre un saco de arena de 5cm. de alto, lo cual mantiene la actitud en flexión de las caderas. El tubo de rayos X se centra sobre la **énfasis pública**.