

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
5to AÑO

XV

MED
FOSIS
F634 l
1999.

LUXACION CONGENITA DE CADERA

**MATERIA : TRAUMATOLOGIA
DOCENTE : DR. RICARDO ZABALA
ALUMNOS : TANIA FLORES IRAHOLA
PATRICIAGARCIA LINARES**

COCHABAMBA - BOLIVIA

1999

10 h.

DISPLASIA LUXANTE DE CADERA

DEFINICION.-

El primer reporte de esta enfermedad se remonta a la antigüedad griega, ya que en el siglo II HIPOCRATES, padre de la medicina la diferenciaba de la luxación traumática y la consideraba una afección grave.

Se denomina a una malformación congénita tanto del componente óseo como cápsulo ligamentario de la articulación coxofemoral la que determina una defectuosa relación entre acetábulo y cabeza femoral.

En general el niño no nace con la cadera luxada, sino una malformación articular que predispone hacia la dislocación, los cual ocurrirá cuando el niño se pare o camine.

Más frecuente en la mujer que en el varón (4-1), puede ser unilateral o bilateral (1-7).

El hecho de que la displaxia luxante es más frecuente en las niñas, estaría explicado porque las hormonas masculinas contrarrestarían de alguna manera a las hormonas maternas que producen esta lasitud ligamentaria.

ETIOLOGIA.-

Tiene cierta influencia heredo familiar, existen también factores genéticos como el heredar en forma directa la lasitud ligamentaria y capsular o malformación congénita del acetábulo, entre estos factores tenemos las ambientales como lo que ocurre al romperse la barrera placentaria en los últimos meses de embarazo penetra una hormona los estrógenos que producen lasitud ligamentaria y capsular, otro factor mecánico determinado por un útero pequeño y técnico común en mujeres primíparas presentación de nalgas, factores extrauterinos como la costumbre que se tiene sobre todo en áreas rurales como de envolver a los niños como si se tratara de momias.

TIPOS DE DISPLASIA.-

1. DE TIPO EMBRIONARIO: Rara pero muy grave, se origina en los primeros meses de gestación y se acompaña de otras malformaciones congénitas como: pie equino varo, espina bifida, esclerosis, distrofia muscular, artrogriposis, etc.
2. DE TIPO FETAL: Donde el cótilo se forma alrededor de la cuarta semana de gestación no se desarrolla bien lo que determina una hiperplasia o aplasia cotilodea (período de preluxación), la luxación ocurre después cuando el niño se para o camina. Esta es una cadera luxable que puede evolucionar o no hacia una luxación congénita de cadera.

ANATOMIA PATOLOGICA DE D.L.C.-

- Cóndilo con una profundidad menor y con tendencia a la verticalización.
- Cabeza femoral chata y de menor altura y cuello corto.
- Cabeza y cuello femorales se tuercen hacia delante de modo que su ángulo de declinación es más de 20°.
- Cabeza femoral se aloja en fosa ilíaca externa.
- Músculos que rodean la región sufren cambios estructurales se retraen y ordenan, existe una lordosis lumbar acentuada masa glútea prominente signo de TREN DE LEMBURG (+).

DIAGNOSTICO

SIGNOS CLINICOS Y RADIOLOGICOS

Recién nacido hasta 6 meses

En estos casos el diagnóstico corresponde casi por completo al pediatra si el parto se realiza en un centro hospitalario o al médico de provincia quienes deberán explorar minuciosamente las caderas del recién nacido durante el examen que se le realiza. Entre los signos útiles en caso de luxación unilateral o bilateral tenemos:

- I. **SIGNO DE ORTOLANI.** Traduce una inestabilidad cefalocolitoidea. Niña colocada en decúbito dorsal con caderas y rodillas en flexión, apoyando el dedo pulgar del examinador en la cara interna del muslo y el dedo medio en el trocánter mayor al mismo tiempo se presiona sobre el y se va abduciendo las caderas, en este momento se escucha un charchido de entrada de la cabeza femoral en el acetábulo realizando la maniobra en sentido contrario la salida de la cabeza femoral, signo de mucho valor al cual debe estar muy familiarizado el pediatra o médico de provincia.
- II. **SIGNO DE BALOW.** Denota el resalto de la cabeza femoral que se toma con las caderas en abducción a 45° .
- III. **SIGNO DE GOURDON.** O de exageración de las rotaciones. Niño en decúbito dorsal con caderas en flexión a 90° y rodillas a 90° en flexión, normalmente las rotaciones se bloquean en 45° pero en el niño con preluxación puede llegar a ponerse la pierna en forma perpendicular al eje longitudinal del cuerpo.
- IV. **LIMITACION DE LA ABDUCCION.** 14-15 días después del nacimiento cuando los músculos adquieren tonalidad su aparición va acompañando a la desaparición del signo de Ortolani.
- V. **SIGNOS UTILES EN CASOS UNILATERALES.**
- **Signo de Peter Bade.** Asimetría de los pliegues externo del muslo o subgluteo, que es confiable sobre todo en niños duros que pueden tener más de un surco.
 - **Signo de Sovariaud.** Niño acostado se observa el acortamiento del miembro afectado y si luego se lo sienta se hace evidente el ascenso de este.
 - **Signo de Nelaton.** Se toma con las caderas y rodillas en flexión a 90° y se observa la diferencia de altura de ambas rodillas siendo más bajo y más corto el lado afectado.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Es fundamental en niños dentro del primer año de vida, ya que nos permitirá recoger signos decisivos para el diagnóstico precoz de esta patología.

Pedir sistemáticamente Rx frente rótulas at cenit y en posición de Von Rosen.

En niños menores de 4 a 5 meses de edad, el núcleo de osificación de la cabeza femoral aún no es visible a los rayos, pero existen otros signos de importancia que nos permitirán hacer el diagnóstico.

1) **Línea de Von Rosen y Andren**

Es una radiografía de frente de la caderas, trazamos una línea transversal que pasa por el borde superior del pubis, en una cadera normal el extremo superior del fémur no debe sobrepasar esta línea.

2) **Signo de Von Rosen y Andren**

Consiste en una radiografía de frente de las caderas con cada uno de los miembros inferiores en abducción de 45° y 10% de rotación interna en una cadera normal el eje de la diáfisis femoral pasará por el cartilago en Y o el techo cotiloideo.

3) **Líneas de Chiodin Rivarola**

Util en el diagnóstico de esta afección en nervios menores de 6 meses, son líneas que se trazan tangencialmente al cotilo y al borde del cuello femoral, en una cadera normal estas líneas deben ser paralelas o cruzarse después de la línea media.

Se toma la radiografía de las caderas de frente con miembros inferiores extendidos unidos entre sí y en rotación neutra.

Cuando el niño cuenta con más de 4 o 5 meses el núcleo de la cabeza femoral ya está parcialmente osificado y es opaco a los rayos, esto nos servirá para el diagnóstico de una preluxación.

4) **Triada radiográfica de Putti:**