LUXACION CONGENITA DE LA CADERA

Estudio de 210 casos

Dr. GUILLERMO GUERRA
Hospital "Baca Ortiz" y Universidad Central

La luxación congénita de la cadera constituye actualmente, no sólo en nuestro medio, sino en todo el mundo, un problema pediátrico de gran interés médico-social. Un diagnóstico tardío de este tipo de lesión disminuye considerablemente la probabilidad de éxito en el tratamiento; más aún, si se considera que no hay uniformidad de criterio en cuanto a la conducta terapéutica más adecuada para corregir esta alteración[1]. La frecuencia de niños mayores de 2 años que se atienden en casi todos los servicios pediátricos, por presentar retardo y dificultad en la marcha, claudicación clara y manifiesta sin antecedentes traumáticos, es realmente alta[2]. De ahí que es necesario insistir en la obligación del médico pediatra de investigar rutinariamente los signos y síntomas que caracterizan a la luxación congénita de la articulación coxo-femoral, en todo recién nacido.

El presente trabajo tuvo por objeto realizar un análisis sistematizado de los factores etiológicos que probablemente están influyendo en nuestro medio para que exista una elevada frecuencia de luxación congénita de la cadera. Por otro lado, se disenten los resultados obtenidos en 210 casos tratados y controlados por un tiempo no menor de dos años.

MATERIALES Y METODO

Se incluyen en este estudio las historias clínicas de 210 pacientes atendidos y controlados, tanto en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Niños "Baca Ortiz", como en mi consulta privada.

De este total, 104 pacientes presentan luxación bilateral; y, 106, luxación congénita unilateral, lo que da un total de 316 caderas luxadas.

En cada uno de los pacientes se trató de determinar con exactitud las características clínicas más sobresalientes y los probables factores etiológicos que determinaron la aparición de la lesión. Finalmente, se evaluó de acuerdo a un criterio preestablecido el resultado del tratamiento instituído.

Incidencia: De las lesiones óseas congénitas, la luxación de la cadera, en

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

Fig. 1.—Luxación congénita de la cadera.— Distribución de 210 casos según su localización.

nuestro medio, es aproximadamente 3 veces más frecuente que el pie zambo o *varo-equino*, proporción más o menos similar a la observada por otros autores. Al decir nuestro medio, me refiero a la Sierra y específicamente a Quito, dato estadístico que adquiere verdadera importancia si se lo compara con la incidencia de esta misma lesión en la Costa, donde la frecuencia de caderas luxadas es sumamente baja.

Los factores que determinan esta diferencia marcada en la incidencia de esta lesión para la Sierra y la Costa, son aún desconocidos. Pero es probable que influya el medio ambiente, el tipo de alimentación y, en general, las diversas costumbres en cuanto a crianza y atención del recién nacido.

Este fenómeno se ha observado también en otros países como en Italia, por ejemplo. Según estadísticas de varios autores, hay una incidencia más alta de esta lesión en la zona norte del país, en la provincia de Veraze, donde, según encuestas realizadas, existe un alto grado de consanguinidad.

Localización: La localización más frecuente fue la bilateral con 104 casos, luego sigue la unilateral izquierda con 82 casos y, finalmente, la unilateral derecha con 24 casos (Fig. 1). La incidencia mayor en el lado izquierdo, que coincide con datos estadísticos de otros autores[1, 2], se explica, aunque no en forma evidente, por el mejor y más rápido desarrollo de la hemi-pelvis derecha desde el punto de vista anatómico, en relación con la del lado izquierdo, lo que facilitaría la mayor incidencia de luxación de este lado.

Sexo: De acuerdo con estadísticas de otros autores la luxación congénita de las caderas es más frecuente en la mujer que en el hombre. Hemos tenido 163 casos en mujeres y 47 en hombres (Fig. 2).

Factores etiológicos predisponentes:

Raza: La mayoría de la población ecuatoriana está constituída por el in-

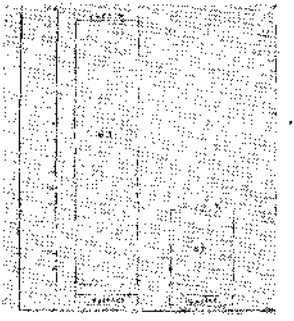

Fig. 2.—Luxación congénita de la cadera.— Distribución de 210 casos según el sexo.

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

dio en la Sierra y el montubio en la Costa. En menor proporción se encuentra la mestiza y, finalmente, la negra.

Del total de 210 pacientes, 175 corresponden a la raza mestiza y 35 a la blanca. No se observó un solo caso en la raza negra ni tampoco en la raza india (Fig. 3). La ausencia de casos de luxación congénita de la cadera en la raza india, no ha podido explicarse satisfactoriamente hasta el momento actual, a pesar de la costumbre observada en ellas de criar a sus hijos envueltos en sábanas y con una faja de hilo, lo que coloca a las piernas de los niños a una posición de aducción forzada, factor que facilitaría la luxación de las caderas. Es probable que sí exista, aunque en baja frecuencia, esta clase de lesión en la raza india, pero debido a su peculiar y característico temperamento, estos individuos no acuden a la consulta médica.

Edad: En nuestro medio el diagnóstico de la luxación congénita de la cadera se lo hacía tardíamente, es decir cuando el niño empezaba a caminar[3]

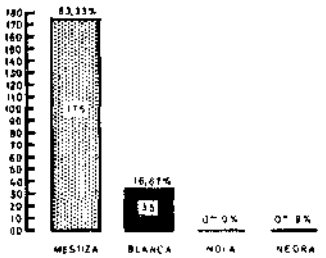

Fig. 3.—Luxación congénita de la cadera.— Distribución de 210 casos según la raza.

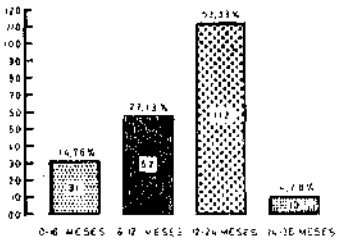

Fig. 4.—Luxación congénita de la cadera.— Distribución de 210 casos según la edad.

y su claudicación era notoria y manifiesta. Así es como la mayor incidencia se observó entre los 12 y 24 meses con 112 casos. Apenas 31 casos se diagnosticaron en niños menores de 6 meses. De 6 a 12 meses, 57 pacientes y de 24 a 36 meses, 10 casos (Fig. 4).

El problema, felizmente ha cambiado debido a la mayor acuciosidad de los pediatras que cada vez están más atentos a los signos de luxación de la cadera y es posible diagnosticarla en edades más tempranas[3]. Puedo afirmar que en el momento actual, en el que la casuística sobrepasa de los 500 casos, el mayor número de ellos, corresponden a niños menores de 6 meses de edad.

Herencia: Coincidentalmente se ha encontrado 4 familias, cada una de ellas con 3 niños bajo el diagnóstico de luxación congénita de caderas. Se ha observado también varios niños entre cuyos antecedentes se encuentran parientes cercanos (primos, sobrinos, etc.) con el mismo tipo de luxación. Aunque no se conceptúa a esta lesión como de carácter estrictamente hereditario[4],

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

sin embargo, en algunos casos se encuentra este antecedente como factor sobreañadido que debe ser necesariamente tomado en cuenta para el diagnóstico.

Etiología: El factor determinante de la luxación de caderas sigue constituyendo un punto de aguda controversia[3-4-6]. Las teorías antiguas, como la mecánica de Dupuytren y, la posicional de Roser, etc., no tienen suficientes bases científicas ni experimentales para ser aceptadas en forma definitiva. Actualmente se discute más bien si la causa primaria radica en la falta del desarrollo normal de las partes óseas o si, al contrario, radica en una anormalidad de las partes blandas: contractura o acortamiento de los músculos aductores. A pesar de que estas teorías tienen una mayor base clínica y experimental, sin embargo tampoco han podido ser aceptadas como definitivas.

Diagnóstico: En lo que a síntomas y diagnóstico se refiere, debe insistirse en la búsqueda de un signo muy importante, especialmente cuando se lo encuentra en edades tempranas, es el signo de Ortolani, o sea el resalto de la cabeza femoral. A este signo se lo ha considerado como patognomónico de luxación congénita de la cadera. Hay otros signos, como el de la limitación de la abducción[2], que también es de mucha utilidad para el diagnóstico, pero que no indica con plena seguridad la existencia de luxación de la cadera.

Un signo que he venido observando hace varios años y que no se encuentra descrito en la literatura médica, es el **retardo en la aparición de los dientes.** Según estudios hechos en la Facultad de Odontología, en 10.000 niños se observó que los dos primeros incisivos inferiores aparecen normalmente de los 6 a los 8 meses de edad, en nuestro medio. Pues bien, la mayoría de los niños con luxación congénita de la cadera (aproximadamente 80%) presentaron un retardo en la aparición de los incisivos, retardo que se prolongó desde los 10 hasta los 20 meses de edad. Esto no quiere decir que todo niño que tiene retardo en la aparición de los dientes tiene luxación de caderas, así como no toda limitación de la abducción, ni toda asimetría de pliegues, significa luxación congénita de caderas.

Tratamiento: Según varios autores[1-5-6], mientras más temprano se hace el tratamiento, los resultados son mejores. Lo ideal, naturalmente, sería efectuar el tratamiento correspondiente en los primeros días de nacido el niño.

El tratamiento puesto en práctica, en todos los casos incluidos en este trabajo, estuvo de acuerdo con la edad del paciente y con el grado de displasia y luxación de cadera. En términos generales, y sin ser extremadamente rígidos, se orientó la técnica del tratamiento en la siguiente forma:

1er. grupo: en niños hasta los 6 meses de edad y siempre que no se comprobó una tensión mayor de los abductores, se colocó al niño en una almohada tipo Frejka, con la que se mantuvo durante el día y la noche, hasta que las radiografías indicaron la existencia de una cabeza y de un acetábulum en

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

buenas condiciones (Fig. 7). El tiempo requerido para obtener estos resultados en promedio es aproximadamente de 6 meses.

Cuando se observó una exagerada tensión de los músculos abductores, se efectuó la sección subcutánea de los mismos.

2º grupo: En niños desde los 6 meses hasta los 3 años, se realizó previamente una tracción de partes blandas durante 6 días; luego se efectuó la tenotomía subcutánea de los abductores (según experiencia personal este tipo de tenotomía es tan buena como la tenotomía a cielo abierto) y por fin, la reducción cerrada, colocando la cadera en la posición más estable. Esta posición, excepto en raros casos, fue la primera posición de Lorenz. Cualquier obstáculo o resistencia observada durante estas maniobras, se consideró como indicación absoluta para efectuar la reducción abierta.

Una vez terminada esta serie de maniobras, se mantuvo al niño en esta posición durante todo el tiempo del tratamiento, que generalmente fue de 8 a 9 meses. Transcurrido este tiempo se reiteró el yeso y se colocó una férula de mantención durante las noches, por otros 6 meses más (Fig. 5).

Cuando se efectuó la reducción abierta, se hizo previamente tenotomía de los abductores y alargamiento del psoas ilíaco. En algunos casos fue necesario realizar la desinserción de los músculos de la cresta ilíaca.

En los casos en que se comprobó un defecto manifiesto a nivel del cuello femoral, ya sea en el ángulo de inclinación o en el de declinación, se efectuó la osteotomía correspondiente. En forma general se realizó la osteotomía subtrocantérica. Si el acetábulum no se observó en buenas condiciones, se realizó más bien la osteotomía del innominado, de acuerdo con la técnica de Salter.

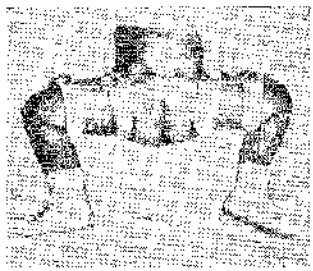

Fig. 5.—Férula de abducción para inmovilización nocturna.

3er. grupo: En niños mayores de 3 años; en estos casos la reducción abierta se impuso como norma de tratamiento. Esta intervención se realizó hasta

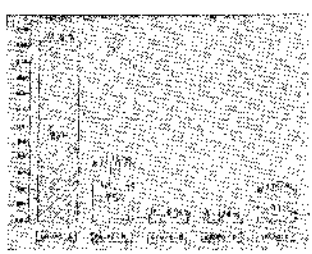

Fig. 6.—Luxación congénita de la cadera.—Resultados del tratamiento clasificados según el aspecto radiológico y recuperación funcional. (Para detalles ver el texto).

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

los 5 a 6 años de edad; pasado este tiempo, aunque puede obtenerse reducción de la luxación de la cadera, según experiencia personal, los resultados a largo plazo son pobres; ya que generalmente estos niños van a la anquilosis de la articulación.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Todos los casos presentados en este trabajo, luego de su tratamiento, han tenido una evolución mínima de dos años y, algunos de ellos, de 5 años. Los resultados obtenidos se los ha catalogado de acuerdo al aspecto radiológico de la lesión que, en forma general, está en íntima relación con la recuperación funcional.

Según este criterio y según se observa en el diafragma de la figura 6 los resultados obtenidos son los siguientes:

a) Aspecto normal o casi normal de la articulación coxo-femoral: 228 caderas (Fig. 7).

Fig. 7.—Paciente de 5 meses de edad (Grupo 1) con diagnóstico de luxación congénita bilateral. Radiografía tomada a los 6 meses de efectuada la reducción. Obsérveso a cada lado, la cabeza femoral bien centrada y acetábulum normal.

b) Acetábulum bueno, pero la cadera no está bien centrada: 75 caderas (Fig. 8).

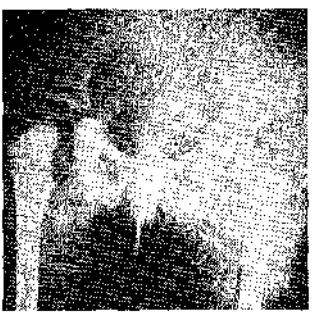

Fig. 8.—Paciente de 1 año de edad (Grupo 2) con luxación congénita bilateral. Se efectuó el tratamiento con tracción, tenotomía y reducción cerrada. En la radiografía de control se observa acetábulum bueno y la cadera derecha no bien centrada.

c) Subluxación: 9 casos (Fig. 9).

Fig. 9.—Paciente de 2 años de edad (Grupo 3) con luxación congénita bilateral. Se efectuó el tratamiento con tracción, tenotomín y reducción cerrada. En la radiografía de control se observa el acetábulum de lado derecho mal formado y cabeza subluxada.

d) Reluxaciones: 4 casos.

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

e) Cambios vasculares: 41 casos (Fig. 10).

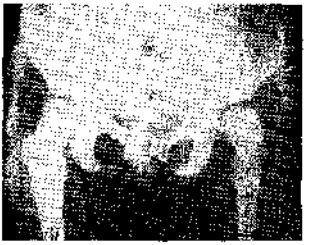

Fig. 10.—Paciente de 2 años y medio de edad, con diagnóstico de luxación congénita izquierda. Se realizó el tratamiento mediante tracción, tenotomía y reducción cerrada. En la radiografía de control se observa signo de necrosis aséptica de la cabeza femoral.

SUMARIO

Fueron analizados desde el punto de vista clínico y terapéutico, doscientos diez casos de luxación congénita de caderas, tratados y controlados durante un período de 2 a 5 años. La incidencia en nuestro medio es mayor en la región montañosa que es el litoral. Aparentemente no existe este tipo de lesión en el indio, ya que en nuestra casuística no hemos tenido ni un solo caso. Hemos observado que la luxación congénita de la cadera se acompaña casi siempre de un retardo en la aparición de los dientes, lo que nos indica que desde el punto de vista etiopatogénico se trata de un problema de tipo general y no solamente local. La tracción previa y la tenotomía, son factores que favorecen definitivamente la reducción y el retorno a la normalidad de estos pacientes. La primera posición de Lorenz es en la que más estable queda la cadera y la que menos cambios vasculares produce.

SUMMARY

Two hundred and ten cases of congenital dislocation of the hip has been presented with three hundred and sixteen dislocated hips in the period of five years.

We found the highest incidence in the mountains with a very low incidence in the cost. We have not a single cases of C. D. H. in the pure indian, so we believe there is not this congenital problem in this race.

Almost every patient with C. D. H., has a late appearance of the teeth which means that the etiology rest on general basis and no only in a local problem.

The traction of the legs and the adductor tenotomy are of a great value in reducing and maintaining the hips in position. We think the 90 degrees flexion of hips 90 degrees abduction is the best position to maintain the reduce hip.

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GILL, A. B.: End results of early treatment of congenital dislocation of hip, with inquiry into factors that determine result, J. Bone & joint Surg. 30-A: 942, 1948.
2.—BONILLA, A.: Comunicaciones personales.
3. BADO, J. L.: Comunicaciones personales.
4.—BADGLEY, C. E.: Etiology of the congenital dislocation of the hip, J. Bone & joint Surg. 31-A: 341, 1949.
5.—PONSETI, I. V.: Causes of the failure in treatment of congenital dislocation of hips, J. Bone & joint Surg. 26: 775, 1944.
6.—PONSETI, I. V.: Congenital dislocation of hip and infant, Am. Acad. Orthop. Surgeons, Lect. 10: 161, 1953.

ACRANULOCITOSIS POR ADMINISTRACION DE IMIPRAMINA

(Tofranil)

Una paciente de 59 años de edad, fue sometida a tratamiento con imipramina (Tofranil) en dosis de 50 mg., 3 veces al día. También recibió, ocasionalmente a la noche, pentobarbital (Nembutal). La imipramina recibió por dos meses consecutivos, al cabo de los cuales apareció ligera ictericia. La piel se volvió seca y aparecieron numerosas ulceraciones en la nuca, la cabeza y en las mucosas bucales. Al examen se encontró hipertrofia de los ganglios cervicales. La investigación de laboratorio demuestra una gran disminución de granulocitos y en el estudio de la médula ósea hubo total ausencia de neutrófilos y eosinófilos. La paciente fue sometida a intenso tratamiento transfusional, así como a administración de esteroides, gammaglobulina y antibióticos. A pesar del tratamiento la paciente siguió empeorando, aparecieron contracciones musculares espasmódicas, emesis y luego se produjo distensión abdominal y finalmente falleció.

Este es el tercer caso que se describe de agranulocitosis asociada a la administración de imipramina.

(KNATKO, S. K. et al.: Agranulocytosis associated with Imipramine (Tofranil), Canad. M. A. J. 92: 33, 1965).

Biblioteca Nacional del Ecuador "Eugenio Espejo"