

Luxación Congénita de la Cadera

Publicado en Revista Chilena de Pediatría 1935; 6 (7): 113 -119

Autor: CARLOS URRUTIA U.¹

Comentario: LUISA SCHONHAUT B.²

1. Jefe Servicio Cirugía Hospital Manuel Arriarán.

2. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Palabras claves: Displasia, caderas, pediatría, historia pediatría

Key words: Pediatric history, congenital dysplasia, hip

Agradecimientos: a los doctores Enrique Testar y Alfredo Cifuentes, por compartir sus conocimientos, vivencias y experiencia relacionada con la historia de la displasia de caderas en nuestro país.

Introducción

La displasia del desarrollo de caderas (DDC), conocida antaño como luxación congénita de caderas, representa un espectro de anomalías, que comprometen el acetábulo y la cabeza femoral, y a pesar de ser una enfermedad evolutiva, las alteraciones anatómicas están presentes desde el nacimiento.

Hace un siglo, el 24 de mayo de 1910, el maestro de la Cirugía y Traumatología Infantil, profesor Eugenio Díaz Lira, redujo por primera vez en Chile una luxación congénita de la cadera y en 1918 publicó un trabajo que contenía las observaciones de 74 casos, dando así inicio a la investigación clínica sobre el tema¹.

Veinticinco años después el profesor Carlos Urrutia aplicaba el pensamiento científico para comprender el porqué del fracaso terapéutico, ya que, en aquellos años, sólo un tercio de los

niños intervenidos tenía un pronóstico favorable, quedando el resto con secuelas tanto anatómicas como funcionales, secuelas que, gracias a los progresos de la medicina, son actualmente de excepción.

Se presenta un extracto del artículo original del Profesor Dr. Carlos Urrutia, publicado en la Revista Chilena de Pediatría, el año 1935.

Artículo

La luxación congénita de la cadera es una afección relativamente frecuente y cuyo tratamiento en muchas ocasiones esta muy lejos de dejar satisfecho al cirujano, porque a menudo el enfermo que trata, queda con lesiones, tanto anatómicas como funcionales que le dificultan la lucha por la vida.

Este fracaso en el tratamiento nos ha inducido a preocuparnos en el tema, analizando sus causas y tratando de armonizar nuestras ideas con las de la literatura extranjera a nuestro alcance.

En nuestro Servicio hemos podido observar gran número de enfermos que pasan por él, sin obtener la reducción de su cadera, a pesar de que el tratamiento y maniobras de reducción se han hecho en condiciones satisfactorias y de la vigilancia a que han estado sometidos los enfermos.

Correspondencia a:

Dra. Luisa Schonhaut B.

E.mail: lschonhaut@alemana.cl

En otro grupo de casos se ha conseguido la reducción, pero a pesar de que el tratamiento era prolongado (9 y más meses) la insuficiente formación del cotilo ha dado por resultado una relajación cuando el enfermo empezaba a usar su miembro.

Un tercer grupo de enfermos lo forman aquellos en los cuales se ha obtenido una buena reducción, una formación regular del cotilo, pero al término del tratamiento nos encontramos con lesiones groseras de parte del cuello y de la cabeza femoral, dando un resultado funcional deficiente y a veces francamente malo.

De estas lesiones hemos podido observar coxavara, coxa plana y rigideces articulares que posteriormente dan artralgias o artrosis que perturba la buena función de la articulación coxofemoral.

Finalmente, tenemos el escaso grupo de los enfermos que reparan su lesión en forma anatómica y funcional perfecta.

Nos parece no exagerar si avaluamos este último grupo de buenos resultados en un 30%, cifra que estimamos muy baja para poder satisfacerlos en el tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

Nos limitaremos a presentar observaciones con las cuales pretendemos justificar nuestro modo de pensar respecto del tratamiento de esta deformación congénita.

Observaciones

Maria Laisa F. Edad 1 año. Observación N° 91890.

Ingresa al Servicio de Cirugía el 6 de Octubre de 1931:

Antecedentes hereditarios. Padres aparentemente sanos. R. Wass. (-). Dos hijos. No hay abortos.

Antecedentes personales. De término. Parto normal. Alimentada al pecho hasta los 7 meses. Después alimentación mixta con sopas y purés.

Dentición se inicia a los 6 meses. Recién inicia la deambulacion.

Enfermedad actual. Consulta la madre porque la niña claudica del miembro inferior derecho, haciendo al andar un movimiento con el

tronco. Además nota que afirma poco el miembro.

Examen físico. Niña de buen desarrollo, panículo y turgor normales. Fontanela anterior cerrada. Dentadura 4-2. Tórax, bien conformado. Abdomen normal.

Examen de la Lesión. En la posición de pie, la enfermita apoya sólo la punta del pie. Durante la marcha inclina el tronco hacia el lado derecho en el momento de apoyar el pie en el suelo. Hendidura vulvar desviada hacia el lado sano. Labio mayor derecho más bajo que el izquierdo. Trocánter mayor derecho prominente, sobrepasa 1 cm la línea de Rosen-Nelaton.

Radiografía obtenida el día de su ingreso demuestra luxación de la cadera derecha con cuello en anteversión, corto. Núcleo epifisiario bien redondeado, de densidad uniforme e igual al resto del fémur; es de menor tamaño que el del lado sano. Se encuentra ubicado bastante por encima del cartílago en Y, y muy separado del cotilo.

El día 8 de Octubre se coloca el miembro inferior derecho en la posición de Lorenz, bajo anestesia general.

Se da de alta con su aparato de yeso en buenas condiciones, 4 días después, por tener que irse la familia a provincia, donde es vigilada por médico durante dos meses y medio, fecha en que se le retira el yeso y se le inicia masaje y suave movilización para llevar el miembro a su posición normal. Permanece en cama alrededor de mes y medio. La niña, al levantarla, deambula en buenas condiciones, por lo que la familia estima innecesaria la vuelta a Santiago.

En Febrero de este año, vuelve al Servicio por presentar una pequeña hernia de la línea blanca, de la cual se opera sin mayores novedades.

Aprovechando su nueva estada en el Servicio, se obtiene la radiografía el día 21 de Febrero, es decir, 2 años 7 meses después de la reducción.

Esta radiografía demuestra una espléndida reconstitución del cotilo, con osteofitos bien manifiestos en la parte más distal. Cuello y núcleo epifisiario normales en su forma, posición y consistencia.

Resultado anatómico: Optimo.

Resultado funcional. Deambulación y juego articular, completamente normales.

María R. Observación N° 92063. Año 1932.

Edad 11 años. Ingresó el 27 de Septiembre de 1932.

Antecedentes hereditarios. Padre sano. Madre falleció bruscamente según los familiares, de un ataque al corazón. 17 hijos. Viven 6. Uno fallecido de tuberculosis, el resto en la primera infancia.

Antecedentes personales. De término. Parto normal. Deambulación al año y medio, con claudicaciones.

Enfermedades anteriores. Repetidos trastornos nutritivos en la infancia. Escarlatina a los 9 años.

Enfermedad actual. Desde que empieza a andar, nota la familia que lo hace con cierta dificultad, inclinando el tronco hacia el lado derecho, cada vez que el miembro de este lado se apoya en el suelo. La marcha es insegura y sufre a menudo de caídas.

Examen físico. Niña en posición activa, pánico y musculatura de regular desarrollo. Caries dentarias. Examen torácico y abdominal, negativos.

Examen de la lesión. En posición de pie, la niña se apoya sobre el pie izquierdo y sólo afirma la punta del pie derecho.

Mirada por delante se observa caída de la espina iliaca anterior y superior del lado derecho. La raíz de los muslos en su extremidad superior e interna no está en contacto. Hendidura vulvar desviada hacia abajo y a derecha. Por detrás hay escoliosis de concavidad izquierda, ligera lordosis. Aplanamiento de la masa glútea derecha. Si se le invita a apoyarse en un sólo pie lo puede hacer con el miembro izquierdo; necesitando apoyarse para hacerlo con el derecho.

Mediciones. Longitud: Miembro inferior derecho, 5 cms más corto que el miembro inferior izquierdo. Atrofia muscular en el miembro inferior derecho, siendo de 3 cms a nivel del muslo y 1/2 cm a nivel de la pierna, Línea de Rosen-Nelaton quebrada a nivel del punto que corresponde al vértice del trocánter, ascendida en 4 cms. Al andar, claudicación del miembro inferior derecho, con movimiento compensador

del tronco. Al apoyar el miembro derecho sobre el suelo, se observa el movimiento del trocánter en forma de pistón.

Radiografía. Demuestra gran luxación de la cadera derecha. La cabeza se encuentra en el cuadrante supero-externo. Ceja cotiloidea borrada, en plano inclinado y deslizable. Neo cotilo debajo de la espina iliaca anterior y superior. Fémur delgado.

El día 5 de Octubre se le coloca extensión continua con pesos sucesivamente crecientes, hasta llegar a 8 kilos durante 15 días.

El día 20, bajo anestesia general, se coloca en la posición de Lorenz. A los 5 días después se obtiene radiografía 3014, la que demuestra la cabeza dentro de la cavidad cotiloidea, centrada y bien apoyada.

El 25 de Febrero de 1933, es decir, 4 meses después, bajo anestesia general, se coloca en posición de Lorenz.

A fines de Mayo se retira el aparato, haciendo movilización y masaje, empezando la deambulación el 22 de Junio.

Resultado anatómico. El 26 de Julio se obtiene una radiografía N° 94063, que demuestra: Cabeza bien centrada, ceja cotiloidea en reparación franca. Cuello y resto del fémur, muy disminuidos de espesor, con mala calcificación.

Se le da el alta permitiéndosele la deambulación. Control radiográfico un año después (Agosto 1934) nos demuestra subluxación de la cadera enferma, mantenida afortunadamente, por una ceja cotiloidea neoformada en posición alta.

Resultado funcional. Persiste un acortamiento de 2 cms. Hay aun claudicación al deambular. En resumen, existían lesiones definitivas que no sería posible reparar y queda el interrogante de que la enferma tenga un *locus minoris resistensiae* y quizás un candidata a una osteocondritis posterior, aun cuando el tratamiento ortopédico corresponde al escaso número de enfermos que a esta edad pueden ser reducidas.

Existe aún en nuestro ambiente, la impresión de que el tratamiento de la luxación congénita debe iniciarse sólo cuando el niño ya tiene control sobre sus esfínteres, para así facilitar el

cuidado y conservación de los yesos. Es así como casi nunca llegan a los Servicios, niños menores de 3 años para iniciar el tratamiento. Esta manera de pensar nos parece errada por las consideraciones que exponemos a continuación.

La deambulacion aumenta cada vez más la luxación a medida que el tiempo pasa, llegando a formar un verdadero nuevo cotilo en la fosa iliaca externa. Este aumento de la luxación esta también en razón directa con el aumento de peso del niño que crece.

El cotilo vacío, sin tener que contener la cabeza femoral tiende a aplanarse y a sustituir el cartilago articular por tejido fibroso. El alejamiento de la cabeza trae como consecuencia la elongación de la cápsula articular y del ligamento redondo que fijan la cabeza al cotilo. La cápsula sufre una elongación cada vez más intensa, tomando la forma de un reloj de arena, lo que hace después imposible la reposición de la cabeza a través de esta cápsula estrechada en su parte media. Si la cabeza se reduce, la cápsula queda plegada, separando las superficies articulares.

El ligamento redondo, al elongarse, llega a veces a seccionarse, lesionando o destruyendo los vasos sanguíneos que este ligamento lleva en su espesor. Esta circulación es de importancia pues fuera de nutrir a dicho ligamento, nutre parcialmente la cabeza femoral. La disminución o supresión de dicha circulación, trae como consecuencia —probablemente— procesos de desnutrición y de osteocondritis.

Los músculos peltivrotocantéreos se acortan, adaptándose a las necesidades de longitud del desplazamiento de la epífisis femoral.

Por fin, las maniobras mismas de reducción se hacen más difíciles, requieren mayor violencia, el camino a recorrer de la cabeza para volver al cotilo es más largo y dificultoso, y la resistencia muscular que es necesario vencer, es mucho mayor. Todos estos factores hacen que la reducción de la cabeza se transforme en un traumatismo violento agregado a la lesión congénita del esqueleto mismo. Dicho traumatismo y la deficiente osificación de la cadera, explicarían las grandes lesiones de la cabeza y del cuello femoral, que actualmente vemos con relativa frecuencia.

De lo anteriormente expuesto, se desprende la justificación del tratamiento, lo más precoz posible, de la luxación congénita de la cadera. El ideal sería iniciar el tratamiento cuando el niño aún no empieza a deambular.

En esta forma se conseguiría una reposición suave y fácil de la cabeza al cotilo, sin violencias que signifiquen traumatismos, pues el desplazamiento de la cabeza no es muy apreciable y las partes blandas (cápsula, ligamento redondo, músculos), no han sufrido grandes alteraciones.

Es un hecho comprobado que mientras más suave y fácilmente se efectúan las maniobras de reducción y los cambios de posición, más se evitan las lesiones de osteocondritis y las posibilidades de lejanas artrosis.

El tratamiento precoz, habiendo menores lesiones anatómicas y probablemente mejor osteogénesis, permite acortar el tiempo de las posiciones, siendo muchos los autores que recomiendan colocar a los enfermos sólo en las dos primeras posiciones de Lorenz con un total de 5 a 6 meses de tratamiento.

El tratamiento debe terminarse con masaje y movilización suaves de la articulación, permaneciendo el niño en cama, por espacio de 1 a 2 meses.

Debe hacerse el estudio seriado de la osteogénesis por medio de la radiografía, para así llevar un control en el progreso del tratamiento y poder despistar lesiones de osteocondritis precoces del cuello o del núcleo epifisario, cuya aparición han modificar el tratamiento a tiempo; evitando así las deformaciones definitivas posteriores.

Terminamos exhortando a los colegas a analizar las consideraciones que hemos expuesto anteriormente, sobre este tema que atañe tanto al pediatra como al ortopédico, ya que casi siempre es el médico el consultado por la familia y quien aconseje la iniciación del tratamiento.

Muchas veces el internista es solicitado por la familia para que haga un examen general del niño. Es en este examen general donde debe tenerse presente la probabilidad de una luxación congénita de la cadera, siendo absolutamente necesario ante la menor sospecha, el examen radiográfico.

Comentario

En los años treinta, sólo un tercio de los niños tratados por DCC tenía buen pronóstico anatómico y funcional; a partir de sus observaciones, el Profesor Urrutia asoció el pronóstico desfavorable con el diagnóstico tardío, alertando a la comunidad científica sobre la importancia de la pesquisa precoz: *"Existe aún en nuestro ambiente, la impresión de que el tratamiento de la luxación congénita debe iniciarse sólo cuando el niño ya tiene control sobre sus esfínteres, para así facilitar el cuidado y conservación de los yesos. Es así como casi nunca llegan a los Servicios, niños menores de 3 años para iniciar el tratamiento. Esta manera de pensar nos parece errada."*

En la década de los cuarenta, pese a que aún se consideraba una intervención precoz aquella que se realizaba antes de los 4 años de vida, los clínicos relacionaron el mejor pronóstico con la intervención terapéutica previo al inicio de la marcha. En aquellos años, el profesor Díaz Burdeau siguió una muestra de 317 enfermos por un período de 2 a 39 años, concluyendo que casi la totalidad de los niños operados antes del año de edad mostraba resultados favorables a 10 años, comparado con el 72% de los operados más tardíamente: *"Dándose por demostrado el hecho de que esta displasia tiene un tratamiento con bastantes probabilidades de éxito hasta los cuatro años de edad, merece destacarse e insistirse en la llamativa diferencia de probabilidades de curación que se obtienen, según el sujeto sea sometido a tratamiento antes de andar, con los resultados del enfermo que ya ha andado o está en la edad alrededor de los cuatro años, época límite para asegurar relativamente algún alivio"*.²

A partir de sus observaciones Díaz Burdeau describió los signos clínicos que permitirían el diagnóstico, signos y síntomas que llevaban muchas veces a las madres a consultar, pero que no se les daba la debida importancia: *"De lo expuesto puede deducirse que no podemos esperar que el enfermo inicie los primeros pasos y sea la claudicación la que nos entregue el diagnóstico"*. Los signos referidos por Díaz Burdeau como "precoces" sin

duda ya eran manifestación de una displasia establecida, como la rotación externa, el acortamiento de un miembro, los crépitos y ruidos en la cadera y la asimetría de los pliegues de la cara interna del muslo³. En la actualidad sabemos que los antecedentes familiares y personales, sumados a un examen minucioso, son claves para lograr un diagnóstico verdaderamente precoz.

En la década de los 40 a 50 se implementó una política de pesquisa temprana, aunque con frecuencia se seguían viendo pacientes con secuelas debido a la consulta tardía.

La consulta precoz se relaciona con un tratamiento más sencillo, de menor duración y con menos complicaciones; así lo demostró, en los años sesenta, el doctor Olimpo Molina *"el tratamiento de la luxación congénita de la cadera es extraordinariamente simple en los primeros meses de la vida, haciéndose cada vez más complejo y prolongado a medida que aumenta la edad de los enfermos"*.⁴

En este sentido, no podemos dejar de mencionar el gran aporte del profesor Roberto Raiman, quien sistematizó y seguimiento a largo plazo de sus pacientes tratados por DDC y luxación, dejándonos como enseñanza los criterios de selección del tratamiento adecuado a las condiciones particulares de cada paciente.

Debido a la demostrada importancia del diagnóstico e intervención oportuna, en nuestro país se recomienda estudio ecográfico en recién nacidos con examen de caderas alterado o factores de riesgo conocidos y, para el resto de la población, estudio imaginológico mediante radiografía o ecografía de pelvis realizada en manos expertas, entre los 2 y 3 meses⁵.

Gracias a los avances en la salud materno infantil, actualmente podemos decir con satisfacción que las caderas de nuestros niños se desarrollan adecuadamente y la imagen que se veía antaño, de preescolares con claudicación y limitaciones funcionales, afortunadamente ya forma parte de la historia de la pediatría.

Referencias

- 1.- Díaz Bordeau E: La luxación congénita de la cadera en Chile. Rev Chil Pediatr 1946; 17 (1): 32-4.

- 2.- *Díaz Bordeau E*: Comentarios a los resultados del tratamiento de la displasia congénita de la cadera. *Rev Chil Pediatr* 1948; 19: 332-6.
- 3.- *Díaz Bordeau E*: Diagnóstico precoz de las displasias congénitas de la cadera. *Rev Chil Pediatr* 1951; 22 (12): 558-61.
- 4.- *Molina O, Vera M, Cassorla E, Camacho E*: Consideraciones acerca del diagnóstico precoz de la luxación de caderas. *Rev Chil Pediatr* 1962; 33 (4-5): 311-7.
- 5.- *Arce J, García C*: Displasia del desarrollo de caderas: ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo? *Rev Chil Pediatr* 2000; 718 (4): 354-6.