



CAPÍTULO NO. 52
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA:
Luis Manuel Avalos Chávez DCSP

OBJETIVO TERMINAL:

Al final del capítulo el lector será capaz de establecer diagnóstico, describir los síntomas, seleccionar tratamiento y proponer pronóstico en un caso clínico real o simulado de un lactante con síntomas de luxación congénita de la cadera

OBJETIVOS CONDUCTUALES:

- 1.-Establecer el diagnóstico de luxación congénita de la cadera.
- 2.-Evaluar la sintomatología y el diagnóstico de neonatos con luxación congénita de la cadera.
- 3.-Proponer tratamiento a un niño con síntomas y signos de luxación congénita de la cadera.
- 4.-Analizar el caso clínico y proponer el pronóstico en un niño con síntomas y signos de luxación congénita de la cadera.

INTRODUCCION:

Actualmente algunos autores consideran que es más apropiado llamar a la luxación congénita de la cadera como «displasia del desarrollo de la cadera», ya que no todos los casos se diagnostican al nacimiento además de que la articulación de la cadera puede presentar posteriormente patología a pesar de ser normal al nacimiento, por otra parte, las caderas luxadas están en posición normal y la capacidad de reducir la cadera depende de la edad del niño y del tiempo que ha sufrido dicha luxación.

DEFINICION:

La luxación congénita de la cadera es un desorden congénito de la articulación de la cadera causado por el desarrollo anormal de todos los componentes de la articulación de la cadera.

EPIDEMIOLOGIA:

La incidencia reportada es de 12:10,000 nacidos vivos, se presenta en los recién nacidos y en los niños que inician la marcha, se presenta 4:1 a favor sexo femenino y el primogénito es de alto riesgo.

PATOGENIA:

Antecedentes: Sesenta por ciento se presenta del lado izquierdo, 20% del lado derecho y 20% es bilateral.

ETIOLOGIA:

La etiología es multifactorial, existe historia familiar en 10 al 20% de los casos, se asocia con una reducción de la cavidad acetabular hereditaria o con laxitud de los ligamentos de la articulación también hereditaria. Se observa frecuentemente en enfermedades como la artrogriposis, espina bífida, trisomías 18 y 21, síndromes de Turner y Lawson y en niños con deficiencia o retardo mental. Se ha observado relación con parto en presentación podálica y embarazos múltiples, embarazo con oligohidramnios, parto traumático, hiperextensión de articulación de la cadera y de la rodilla, tortícolis y pie boot. Es necesario hacer diagnóstico diferencial con fémur corto congénito, coxa vara congénita y dislocación séptica de articulación de la cadera.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

En el recién nacido y lactante existe pérdida de la flexión de la cadera, existe asimetría de los pliegues de las nalgas y muslos y acortamiento de la extremidad ipsilateral. La articulación no es dolorosa, el signo de Ortolani es positivo (se sale del acetábulo la cabeza del fémur y se escucha un chasquido de la misma, la prueba de Barlow es positiva.)

Existen dificultades para caminar, el niño presenta marcha de pato bilateral si presenta luxación congénita bilateral y bien de un solo lado si es unilateral, además de cojera de la extremidad afectada.

COMPLICACIONES:

Necrosis aséptica proximal del fémur, inestabilidad de la articulación afectada.

DIAGNOSTICO PARACLINICO:

Ultrasonografía articular antes de los 6 meses de edad, es el procedimiento de elección a esta edad, si pasa de los seis meses de edad, puede existir displasia acetabular y alteraciones de la cabeza femoral.

TRATAMIENTO:

En el neonato y lactante, triple pañal por tres meses si se reduce la luxación.

En caso de no reducir la luxación con ese método aplicar férula de Pavlik por 2 a 6 semanas se logra reducir en el 90% de los casos.

Si falla la férula de Pavlik entonces se coloca un clavo, si los procedimientos fallan entonces se reduce con cirugía a cielo abierto.

En los mayores de 18 meses es necesario intervenir quirúrgicamente la articulación mediante la osteotomía de Salter.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Aronsson DD; GolbergMJ, Kling TF et al: Developmental dysplasia of the hip . Pediatrics 1994; 94:201.
- 2.-Tredwell SJ, Bell HM: Efficacy of neonatal hip examination .J Pediatr Orthop 1981;1:61.
- 3.-Novacheck TF: Displasia del desarrollo de la cadera. Clin Ped North Am 1996;4:777-794.
- 4.-Lejman T; Strong M; Michno P: Capsulorrhaphy versus capsulectomy in open reduction of the hip for Developmental dysplasia. J Pediatr Orthop, 1995;15: 98-100.