



Asimetría de pliegues, signo equivoco para el diagnóstico de la Displasia del Desarrollo de la Cadera.

Autores: Dr. Carlos Cabrera Álvarez*

Oswaldo Santana Iglesias**

Luis Enrique Alsina Tul **

Leonardo Denis Reybravo **

Frank Martínez López **

Jenny Olazabal Alonso***

* Master. Especialista de 2do Grado en Ortopedia y Traumatología.

Profesor Auxiliar del ISCM-H

**Estudiantes de 5to año de Medicina

***Estudiante de 2do año de Medicina

RESUMEN

Nos motivamos a realizar una investigación con el propósito fundamental de sentar las bases para crear una metodología para el diagnóstico de Displasia del Desarrollo de la Cadera. Para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional, tomando como universo los pacientes que acudieron a la consulta de ortopedia del Hospital Pediátrico Pedro Borrás Astorga, y se escogió como muestra a los pacientes que presentaban como motivo de consulta, asimetría de pliegues cutáneos en el muslo en los años 2000 al 2006. Se utilizaron como fuente de información las historias clínicas de dichos pacientes. Los resultados obtenidos nos hicieron concluir que el sexo femenino, la raza blanca y el embarazo en presentación pelviana, sobre todo en el último trimestre del embarazo, constituyen factores de riesgo para la DDC. Se observó que el USAR tuvo gran poder diagnóstico en niños menores de 3 meses mientras que la radiografía, mediante el cálculo del Índice Acetabular, línea de Hilgenreiner, línea de Perkins u Ombredanne y la de Sentón - Menar en los mayores de esa edad. La asimetría de pliegues cutáneos de muslo y nalgas careció de gran valor para el diagnóstico positivo de DDC. Recomendamos la detección precoz de factores de riesgo para la DDC, que su diagnóstico temprano sea el cimiento para una favorable evolución, acciones estas, en manos del Médico General Integral.

INTRODUCCION

La articulación de la cadera está formada por la cabeza del fémur y el acetábulo, que es la parte de la pelvis que se articula con ella. Cuando esta íntima relación entre ambos huesos se pierde, la cadera comienza una gradual degeneración con desgaste prematuro de la articulación, denominado artrosis, claudicación y dolor para la marcha. Numerosos son los autores que han estudiado y escrito acerca de este tema, que además ser tan arcaico como la medicina ha sido nombrado de diferentes maneras en su evolución. Así encontramos como primer reporte de esta patología el realizado por Hipócrates en el siglo II a. n. e donde este la diferenciaba con la luxación traumática y la consideraba como grave.

No se vuelve hablar de ella hasta 1680 en que Ambrosio Paré describe los signos característicos de la enfermedad mediante la disección de cadáveres. A. Lorenz describe un método de reducción incruenta. En el decursar de los años comienza a identificarse como un verdadero problema de salud sobre todo en Europa de lo cual se recogen reportes, y empiezan a aparecer nuevos nombres: Luxación Congénita de la Cadera, Displasia Congénita de la Cadera, Displasia del Desarrollo de la Cadera, Enfermedad Congénita de la Cadera, Enfermedad del Desarrollo de la Cadera, entre otros. En la actualidad la podemos encontrar en la bibliografía mundial con cualquiera de estos nombres. Debido a que en estos momentos se discute el momento de aparición de esta, su origen multifactorial y su carga genética, nosotros en nuestra investigación adoptaremos los términos de Enfermedad del Desarrollo de la Cadera (EDC) y Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC).

Displasia (del griego dys, que significa mal, y plássein, modelar) es un término que hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anomalías en la conformación de la cadera.

La DDC se considera una "patología multifactorial". La expresión herencia multifactorial significa que el defecto de nacimiento puede ser provocado por muchos factores. Los factores suelen ser tanto genéticos como ambientales. ^(11,14,16)

A menudo un sexo suele estar afectado más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece haber un "umbral de expresión" diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de padecer el problema que el otro. La DDC es nueve veces más común en las mujeres que en los hombres. ⁽⁶⁾

Una de las influencias del ambiente que se cree que contribuye a la DDC es la respuesta del bebé a las hormonas de la madre durante el embarazo. Una vez que un bebé nació con displasia de cadera, la probabilidad de que se presente nuevamente en un bebé varón o mujer es del 6 por ciento en total. En otras palabras, existe un 94 por ciento de probabilidades de que otro bebé nazca sin displasia de cadera. La probabilidad específica de que vuelva a ocurrir en un segundo bebé varón es menor que si el segundo bebé es mujer. Nuevamente, esto se debe a que el umbral para que el trastorno se presente es diferente entre varones y mujeres. ^(12,16)

La displasia es más frecuente en los primogénitos, así como en los bebés producto de embarazos múltiples, aquellos que al momento del parto se encontraban en presentación podálica o cuya madre presentó durante el embarazo oligoamnios. ^(5,18)

Se ha fijado que la lesión en la cadera izquierda es 40 veces más frecuente que en la derecha para unos investigadores, se ha demostrado que la cadera izquierda comprimida contra el promontorio sacro de la madre en la posición de nalgas, podría ser la razón para la asociación entre las luxaciones del lado izquierdo y la presentación de nalgas. ⁽¹⁸⁾

Todos estos son factores tienen en común limitar el espacio en el cual el feto puede moverse dentro del útero e interfieren con la adecuada conformación de

sus caderas. El nacimiento por cesárea no constituye por sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. ⁽⁴⁾

Francia, Holanda e Italia describen una frecuencia de 1,7 por mil nacidos vivos. En Asia (excepto Japón que describe estadística similar a Europa) y en África es extremadamente rara. ⁽¹⁾

Los exámenes utilizados para confirmar el diagnóstico de displasia son, de manera inicial en el niño menor de tres meses, la ecografía de caderas realizada por un radiólogo experto en su interpretación y en niños mayores la radiografía de pelvis. Radiografías realizadas antes del tercer mes de vida tienen menor utilidad debido a que en estos niños, cerca de un 80% de la articulación, está constituida por cartílago, el cual no es visible a los Rayos X. ^(13,17,19)

Una vez hecho el diagnóstico, deben realizarse controles clínicos y radiográficos periódicos para determinar la respuesta al tratamiento.

Aunque aún es tema de controversia, muchos cirujanos ortopedistas aconsejan realizar a todo niño, una radiografía de sus caderas luego del tercer mes de vida. ^(3,7,10)

Luego de una exhaustiva revisión acerca del tema, nuestro equipo pudo apreciar que la DDC constituye un verdadero problema de salud cuyo diagnóstico positivo depende de una metodología científica adecuada. El desconocimiento de este método hace que las remisiones innecesarias a los especialistas en Ortopedia sean cada vez mayor. Esto atenta en consecuencia contra una adecuada atención al paciente, incrementa el número de casos a consultar, consultas cargadas, demora en la atención, un mayor gasto de recursos donde se incluye la Radiografía, elemento éste a nuestro alcance pero verdaderamente costoso para nuestra economía.

El diagnóstico precoz de la DDC constituye el pilar fundamental para un pronóstico favorable, teniendo en cuenta el impacto de esta patología en el desarrollo posterior del infante. Para ello, contamos en nuestro país con los

medios necesarios, por ejemplo con la Ultrasonografía y Radiografía, que con su uso racional y normado complementan al pensamiento clínico para el diagnóstico definitivo de dicha enfermedad.

La sospecha de la patología no debe constituir sinónimo de remisión al especialista si no un incentivo de investigación del caso por parte del Médico General Integral en su comunidad, el cual tiene a su alcance los medios necesarios para el diagnóstico positivo previo a un buen conocimiento de la metodología de investigación de esta enfermedad; lo cual elevaría la capacitación del médico de la comunidad, su prestigio en ésta y la relación médico paciente, tres elementos de suma importancia en nuestra política de salud comunitaria actual.

Nuestro trabajo pretende sentar las bases para que se cree posteriormente un protocolo siguiendo el método clínico para el diagnóstico positivo y precoz de la DDC, la que realmente constituye un problema de salud actual en la infancia en nuestro país.

OBJETIVOS

General:

1. Establecer parámetros para el diagnóstico positivo de Displasia del Desarrollo de la Cadera en la Atención Primaria de Salud.

Específicos:

1. Identificar factores de riesgo para el diagnóstico precoz.
2. Relacionar la positividad de los medios diagnósticos utilizados en nuestro trabajo y la edad del paciente.
3. Establecer signos clínicos de alto valor para el diagnóstico precoz de la patología en estudio en la Atención Primaria de Salud.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional de los niños que asistieron a la consulta de Ortopedia del Hospital Universitario Pediátrico Pedro Borrás Astorga en el período comprendido entre enero del 2000 y enero del 2006.

Criterio de inclusión:

1. Asimetría de pliegues cutáneos en el muslo.

DEFINICION DE LAS VARIABLES, OPERACIONALIZACION Y FORMA DE MEDICION

Variables:

Sociodemográficas:

- 1.- Edad (Variable cuantitativa continua)
- 2.- Sexo (Variable nominal dicotómica: Femenino y Masculino)
- 3.- Raza (Variable nominal: Blanco, mestizo, negro)
- 4.- Peso al nacer (Variable cuantitativa continua: Bajo peso, normopeso, macrosómico)

Sobre la Enfermedad:

- 1.- Cadera afecta (Variable nominal: Izquierda, derecha, bilateral)
- 2.- Edad de diagnóstico (Variable cuantitativa continua: < 3 meses, > 3 meses)
- 3.- Embarazo en presentación pelviana (Variable nominal dicotómica: Si, No)
- 4.- Embarazo prolongado (Variable nominal dicotómica: Si, No)
- 5.- Parto en presentación pelviana (Variable nominal dicotómica: Si, No)
- 6.- Malformaciones congénitas asociadas (Variable nominal dicotómica: Si, No)

7.- Maniobras y signos clínicos (Asimetría de pliegues, rotación externa, Ortolani, disminución de la abducción)

8.- Ultrasonido Articular (USAR) (Variable nominal dicotómica: Positivo, Negativo)

9.- Índice Acetabular (IA) (Variable nominal dicotómica: Positivo, Negativo)

10.- Diagnóstico (Variable nominal dicotómica: Positivo, Negativo)

TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos (porcentajes) y medidas de resumen para datos cuantitativos. La presentación de la información fue realizada a través de tablas y gráficos.

Se confeccionó y elaboró una base de datos para facilitar el procesamiento de la información. Nos auxiliamos para ello del software profesional SPSS 10.0 para Windows,

CONCEPTO Y DEFINICIONES

El Índice Acetabular (IA) es el ángulo que se forma por una línea trazada horizontalmente a través del cartílago trirradiado y otra línea que se forma siguiendo el techo acetabular. ⁽¹¹⁾

Campbell considera un IA francamente positivo por encima de 40° aunque reporta que resultados por encima de 30° son sugestivos de positividad. Turek y Ferguson toman valores entre 27° y 30°. ^(6,11,12) En nuestro trabajo consideramos como IA positivo a aquellos valores por encima de 30°.

La línea de Hilgenreiner, es una horizontal que pasa tangencial y por encima de los cartílagos en “Y”.

La línea de Ombredanne o Perkins, es una perpendicular a la línea de Hilgenreiner que pasa por el vértice externo o lateral a la cavidad cotiloidea.

La línea curva de Sentón – Menar, bordea la parte medial del cuello femoral, que cuando es normal debe continuar por la parte inferior del brazo medial del cartílago en “Y”

Para el diagnóstico positivo a través de la ultrasonografía utilizamos la clasificación de Graff que se muestra a continuación. (19)

CLASIFICACIÓN DE GRAFF:

Caderas patológicas:

- α menor de 50
- β mayor de 60

Normal

- α mayor de 58-60
- β menor de 55

Patológicas

- α menor de 58
- β mayor de 60

Cadera	Tipo	Alfa	Beta
I	a	Mayor 60	Menor 55
I	b	Mayor 60	Mayor 55
II	a-b	50-59	Mayor 55
II	c	43-49	70-77
II	d	43-49	Mayor 77
III	a	Menor 43	Mayor 77
III	b	Menor 43	Mayor 77
IV	---	Menor 43	Mayor 77

I.

- Ia y b Son normales

II.

- Ila. Retraso de la osificación hasta 3 meses
- Ilb. Déficit de maduración de más de 3 meses
- Ilc. El cótilo pierde cobertura. Cadera en zona crítica
- Ild. Cadera descentrable. Techo insuficientes.

III.

- IIIa. Techo de fibrocartílago desplazado proximal. Desplazamiento de la cabeza proximal
Verticalización del cótilo
Ecogenicidad normal aunque los valores sean iguales o peor que el IIIb
- IIIb. Compromiso tensión compresión
Cambios de ecogenicidad
Ecogenicidad aumentada y valores angulares correspondientes al grupo

IV.

- Francamente luxada
- No cobertura ósea
- Estructuras del cótilo continúa con el supraacetábulo
- Cabeza alta y lateralizada

Embarazo prolongado: Toda gestación que se prolonga más allá de las 42 semanas. ⁽²⁰⁾

Presentación pelviana: Polo podálico o pelviano que se presenta en el estrecho superior de la pelvis materna capaz de desencadenar el trabajo de parto. ⁽²⁰⁾

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La tabla No. 1 nos muestra la distribución por sexo y raza de los casos estudiados, donde se puede observar que el sexo femenino predominó en nuestro estudio con un 73.8% (79 casos) del total de casos. En cuanto a la raza, la que predominó en nuestro estudio fue la blanca con 83 casos para un 77.5 % del total. ^(1,9,13)

Tabla No. 1: Distribución por sexo y raza de los casos estudiados

Raza	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Blanca	62	21	83
Mestiza	14	3	17
Negra	3	4	7
Total	79	28	107

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

Del total de casos estudiados se diagnosticaron 29, representando un 27,2%, como se observa, en la siguiente tabla se realizó la distribución del sexo según el diagnóstico, en la misma se puede apreciar que la patología estudiada, fue más frecuente en el sexo femenino con 23 casos diagnosticados (79.3% del total de casos diagnosticados), resultado este que concuerda con la bibliografía consultada. ^(1,9,13,19)

Tabla No. 2: Distribución del sexo según diagnóstico

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	56	71.8	22	28.2	78	72.8
Positivo	23	79.3	6	20.7	29	27.2
Total	79	73.9	28	26.1	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

Como se aprecia en la tabla No. 3 la raza blanca fue la más afectada, pues del total de niños diagnosticados el 79.4% eran blancos, seguidos por la mestiza con 4 pacientes. Este dato concuerda con la bibliografía estudiada. ^(9,13)

Tabla No. 3: Distribución de raza en los casos diagnosticados de DDC

Raza	Cantidad de Casos	%
Blanca	23	79.4
Negra	2	6.9
Mestiza	4	13.7
Total	29	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En la tabla No. 4 se expone cierta similitud en nuestro estudio de la afectación entre el lado derecho y el izquierdo, con predominio del primero con un 37.9% del total de casos diagnosticados. En la bibliografía se habla que la cadera mas afectada es la cadera izquierda. ^(10, 6)

Tabla No. 4: Relación de la cadera afecta en los casos positivos de DDC

Cadera Afectada	Cantidad de Casos	%
Derecha	11	37.9
Izquierda	10	34.5
Bilateral	8	27.6
Total	29	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En la tabla No. 5 se evidencia que en nuestro estudio los niños diagnosticados de DCC que tenían el antecedente de embarazo en presentación pelviana y los que no lo tenían, tuvieron una presentación similar, con 15 y 14 casos respectivamente. Esto no descarta que este antecedente constituya un elemento de riesgo para el padecimiento de esta patología como lo refieren varios autores, donde se hace referencia a este como un factor de riesgo sobretodo en el tercer trimestre del embarazo. ^(6,19)

Tabla No. 5 Distribución del antecedente de embarazo pelviano y diagnóstico de DCC.

	Embarazo pelviano					
	No		Sí		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	46	59	32	41	78	72.8
Positivo	14	48.3	15	51.7	29	27.2
Total	60	56.1	47	43.9	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

Como se observa en la tabla No. 6, primó en los casos diagnosticados el antecedente de parto normal con 23 casos, y solamente 6 casos (20.7%) del total de diagnosticados tenían antecedente de parto en presentación pelviana. Este dato contrasta con la bibliografía estudiada la cual hace referencia que los recién nacidos que se encontraban en el momento del parto en presentación podálica tiene mayor probabilidad de padecer esta enfermedad del desarrollo de la cadera. ^(7,8)

Tabla No. 6 Distribución del antecedente de Parto pelviano y diagnóstico de DCC.

	Parto pelviano					
	No		Sí		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	64	82.1	14	17.9	78	72.8
Positivo	23	79.3	6	20.7	29	27.2
Total	87	81.3	20	18.7	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En la tabla que aparece a continuación (Tabla No. 7) podemos observar que la aparición de malformaciones congénitas asociadas a DDC fue de solo 4 casos, representando un 13.8% del total de casos positivos. Esto no se corresponde con la bibliografía consultada, ya que esta relaciona la presencia de malformaciones (sobre todo de miembros inferiores) con el padecimiento de DCC. ⁽¹⁹⁾

Tabla No. 7 Relación entre malformaciones congénitas y diagnóstico positivo de DDC.

	Malformaciones congénitas					
	No		Sí		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	65	83.3	13	16.7	78	72.8
Positivo	25	86.2	4	13.8	29	27.2
Total	90	84.1	17	15.9	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En la Tabla No. 8 podemos apreciar que mediante Ultrasonido se diagnosticaron 11 niños menores de 3 meses, representando un 92% del total de casos diagnosticado por esta técnica. Con el uso de la radiografía, se diagnosticaron de DDC 15 niños mayores de 3 meses para un 88% del total de los diagnosticados por este medio imagenológico, este resultado se basa en que antes de los tres meses el acetábulo es todavía cartilaginoso, luego, cuando se va a realizar a través de la radiografía es muy frecuente obtener falsos positivos lo que conlleva que al imponer tratamiento precoz en estos casos podemos encontrar casos complicados con necrosis avascular de la cabeza del fémur, en tanto, la radiografía comienza a ser francamente positiva después de este período cuando ya el acetábulo se osifica. ^(10,18)

Tabla No. 8 Relación entre edad de diagnóstico y medio diagnóstico utilizado

	Edad de diagnóstico					
	Menor de 3 meses		Mayor de 3 meses		Total	
Medio Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
USAR	11	38	1	3	12	41
Rx	2	7	15	52	17	59
Total	13	45	16	55	29	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

Como se observa en la tabla No. 9 la gran mayoría de los niños estudiados no tenían el antecedente de embarazo prolongado: 102 casos para un 95.3% del total y el resto, que sí tenían el antecedente, no fue diagnosticado de DDC.

Esto contrasta con los textos estudiados que refieren que en edades gestacionales de 40 semanas se registra el porcentaje absoluto mayor de enfermedad congénita de cadera lo que interpretan como consecuencia lógica de su mayor tamaño y peso lo que lleva a un aumento en el número de presiones sobre el cuerpo fetal. ^(2,8)

Tabla No. 9 Relación entre antecedente de embarazo prolongado y diagnóstico de DDC

	Embarazo prolongado					
	No		Sí		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	73	93.6	5	6.4	78	72.8
Positivo	29	100	0	0	29	27.2
Total	102	95.3	5	4.7	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En cuanto al peso al nacer y el desarrollo de DCC, como se muestra en la tabla No. 10 se observó en nuestro estudio que los niños mas afectados fueron los normopeso que de los 91 que se presentaron, el 27 fueron diagnosticados, para el 93% del total de casos positivos para DDC. En cuanto a los pesos extremos, ambos, tanto los bajos pesos como los macrosómicos se presentaron con igual incidencia con 1 caso diagnosticado cada uno.

Tabla No. 10 Relación entre peso al nacer y diagnóstico de DDC

	Peso al nacer							
	Bajo peso		Normopeso		Macrosómico		Total	
Diagnóstico	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	7	9	64	82	7	9	78	72.8
Positivo	1	3.5	27	93	1	3.5	29	27.2
Total	8	7.5	91	85	8	7.5	107	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

En la tabla No. 11 se exponen la relación del número de pacientes que presentaban maniobras o signos clínicos positivos al examen físico con la cantidad de casos diagnosticados de DDC donde se observa que 107 niños tenían asimetría de pliegues manifiesta y de estos 29 o sea el 27% tuvieron diagnóstico positivo lo que representa un valor bajo de asociación entre estas dos variables. En cambio con relación a la rotación externa el único caso reportado con este signo positivo fue diagnosticado de DDC. En cuanto a la disminución de la abducción y a la maniobra de Ortolani estas se presentaron con similar incidencia: el 40% y el 39% respectivamente fueron diagnosticados como casos positivos. Estos resultados ponen en evidencia que el motivo de consulta más frecuente, la asimetría de pliegues cutáneos en el muslo y nalgas no tienen un gran valor asociativo con la DDC, en cambio las restantes maniobras y signos clínicos expuestos en la tabla muestran gran asociación entre su presencia en el examen físico y el diagnóstico positiva de la patología estudiada. ^(1,2,3,4,7)

Tabla No. 11 Relación entre maniobra o signo positivo al examen físico y diagnóstico de DDC

Maniobra o signo positivo	No. De casos con maniobra o signo positivo	No. De casos diagnosticados	%
Asimetría de pliegues	107	29	27
Ortolani	13	5	39
Disminución de abducción	15	6	40
Rotación externa	1	1	100

Fuente: Historias clínicas de casos estudiados de la Consulta de Ortopedia del Hospital Pedro Borrás Astorga durante los años 2000-2006

CONCLUSIONES

- 1.- Pudimos observar en nuestro estudio que el sexo femenino, la raza blanca y el embarazo en presentación pelviana constituyen factores de riesgo para la DDC.
- 2.- Se observó que el USAR tuvo gran poder diagnóstico en niños menores de 3 meses, al contrario, la radiografía fue más útil para el diagnóstico de DDC en niños mayores de 3 meses.
- 3.- **La asimetría de pliegues cutáneos** de muslo y nalgas a pesar de ser nuestro motivo de consulta y signo clínico más frecuente **careció de verdadero valor para el diagnóstico positivo de DDC, no ocurrió así con la maniobra de Ortolani y disminución de la abducción.**

RECOMENDACIONES

En busca del perfeccionamiento de la atención médica en todos sus niveles este trabajo se ha realizado. El enfoque de este estudio y su vía de salida lo constituye la Atención Primaria de Salud. En busca de una metodología lo bastante acertada, factible y racional se ha impulsado este estudio. Luego, proponemos la realización de estudios posteriores con Universo de estudio más amplio.

El enfoque de la Displasia del Desarrollo de la Cadera debe estar dirigido a su diagnóstico precoz, y con ello a las acciones que se deben realizar para esto. En manos de los Médicos Generales Integrales de las comunidades de nuestro país están estas acciones. Como pudimos apreciar la etiología de esta enfermedad hasta ahora, aunque discutible, se relaciona a fenómenos multifactoriales, cuyos eventos están en estrecha relación con la vida intraútero de dichos pacientes. Si se logra realizar una adecuada atención prenatal con la detección precoz de los factores de riesgo para la DDC podemos ya, desde que realizamos la captación del recién nacido, comenzar los estudios para la enfermedad con lo mismos recursos que se encuentran al alcance del médico de la familia con el apoyo de los Policlínicos de la comunidad.

En cuanto al uso de los medios diagnósticos se debe tener en cuenta la edad del paciente ya que esto facilitaría así un diagnóstico precoz de la DDC y un uso racional de estos, por lo que se recomienda la realización de Ultrasonido de Alta Resolución, previo conocimiento de los factores de riesgo y examen físico sospechosos, antes de los 3 meses de edad, nunca utilizar la radiografía porque carece de valor diagnóstico en esta edad. Estos casos deben ser seguidos por el Médico de la comunidad por al menos 12 semanas ya que a pesar del gran valor

de este medio en estas edades puede como todo complementario arrojar resultados falsos negativos. La radiografía quedaría indicada después de los 3 meses de edad de los pacientes ya que se ha visto que este estudio imagenológico comienza a tomar valor en el periodo comprendido entre los 3 y 4 meses dando francamente positivo a partir de los 5 meses de edad donde verdaderamente se encuentra osificado el acetábulo.

Luego proponemos:

- Detección precoz de factores de riesgo para la Displasia del Desarrollo de la Cadera atendiendo a los antecedentes obstétricos (Embarazo, Parto) basándose en una adecuada Atención Prenatal por parte del médico de la comunidad.
- A pesar de que en nuestro estudio no encontramos resultados significativos en cuanto algunos factores de riesgo como el parto en el pelviano, las malformaciones congénitas asociadas, los antecedentes familiares de DDC y el índice de líquido amniótico (dato muy subjetivo en nuestra investigación ya fue referido), no los descartamos como factores de riesgo, sin olvidar un interrogatorio eficaz en busca de antecedentes en la familia de esta enfermedad.
- La asimetría de pliegues cutáneos en muslos y nalgas no debe constituir el signo clínico de mayor importancia en el estudio de estos pacientes.
- El Ultrasonido de Alta Resolución (USAR) debe ser indicado en todo caso sospechoso teniendo en cuenta sus antecedentes y clínica antes de los 3 meses de edad, con seguimiento en consulta y terreno por al menos 12 semanas con USAR negativo. Utilizar la radiografía después de los 3 o 4 meses de edad.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Cambras R. y col. Tratado de Cirugía ortopédica y traumatológica. Tomo II Editorial Pueblo y Educación, 2005. Pág. 110-118.
2. Asher M, Exploración para hacer el diagnóstico de LCC y otras deformidades congénitas en el niño. En Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Problemas ortopédicos comunes. Noviembre 1977. Nueva Editorial Interamericana. Pág. 713-720.
3. Barlow T. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1962;44B:292.
4. Bestard Pividal G. Uso correcto de Pavlick en el tratamiento de la displasia congénita de cadera. Revista Cubana Pediatría 1982; 54: 593-603.
5. Chapchal G. Cirugía ortopédica y traumática de la cadera. Diagnóstico de la displasia de cadera. Ed. Revolucionaria. La Habana. 2000; Pág. 357
6. Clin Pauvvels F, Osborne GV. Norteam Dislocations of the Hip Joint 2001;v.2:173.
7. Edmonson A. S., Crenshaw A. H., Cirugía Ortopédica Campbell. Tomos III. Edición Revolucionaria. Tomada de la sexta Edición. 1985. Pág. 1821-1835
8. Ferguson A B Jr. Cirugía Ortopédica en la Infancia y Adolescencia. Editorial JIMS. Barcelona. Versión española tomado de la tercera Edición en Inglés.1968. Pág. 103-137.
9. Fraga M, Villar JL. Displasia congénita de cadera Rev Esp Pediatr 1982;38 (5):337-48.

10. Gaborda GM. Renshaw TS. Reduction of congenital dislocation of the Hip. J Bone Joing Surg (AM) 1992; 74:624-31.
11. Gangloff S. Chiari pelvic osteotomy technique and indication. Pediatr Orthop 1994;3:68-75.
12. James F. Mooney brachial plexus palsy as a complication of Pavlick Harnes. Use J Pediatr Orthop 2002;14:677-9.
13. Klave K, Durmin CW. A clinical presentation of dysplasia of the Hip. J bone Joing Surg (B) 1991; 73B:423-9.
14. Rachio KH. Simultaneuos open reduction and salter innominate osteotomya for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg 2004;78B47:1-6.
15. Ransey PL. Laser congenital dislocation of the hip. Use of the Pavlick Harnes in the child during the first 6 month of life. J Bone Joing Surg 2003;58:1000-4.
16. Sadler T. W. Langman Embriología Médica con orientación clínica. Editorial Ciencias Médicas. Edición 8va. 2005. Pág. 176.
17. Salter RB. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip. J Bone Joing Surg (BR) 1986;43B:518-39.
18. Terje T. Ultrasound measurement of femoral anteversion. J Bone Joing Surg (B) 2005;72B:726-7.
19. Turek S. Ortopedia. Principios y Aplicaciones. Edición Revolucionaria Tomo I. Tomado de la edición en español de la tercera edición en Inglés 1982. Pág 295-319.
20. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997. Pág. 189; 219.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el(la) abajo firmante: _____
_____ Madre(), Padre() o Tutor() del paciente
_____ estoy de acuerdo con la
participación de mi hijo en la investigación propuesta por el profesor Dr. Carlos
Cabrera Álvarez y los estudiantes Osvaldo Santana Iglesias, Luis Enrique Alsina
Tul, Leonardo Denis Reybravo, Frank Martínez López, y Jenny Olazabal Alonso,
en el cual, se realizarán pruebas clínicas (maniobras clínicas) e imagenológicas
(Radiografía de cadera y ultrasonido articular) para el diagnóstico de Displasia
del Desarrollo de la Cadera , con el fin de establecer parámetros para la
detección precoz de dicha enfermedad en el niño. Para ello permito acceder a la
historia clínica para la recolección de los datos necesarios.

Firma. _____



Figura 1. Imagen radiográfica de la cadera. La cabeza del fémur se encuentra en su ubicación correcta en relación con el acetábulo.



Figura 2. Radiografía de una cadera luxada; se ha perdido la relación normal y la cabeza femoral se observa fuera de su posición anatómica.



Figura 3 Radiografía comparativa entre una cadera luxada y otra normal



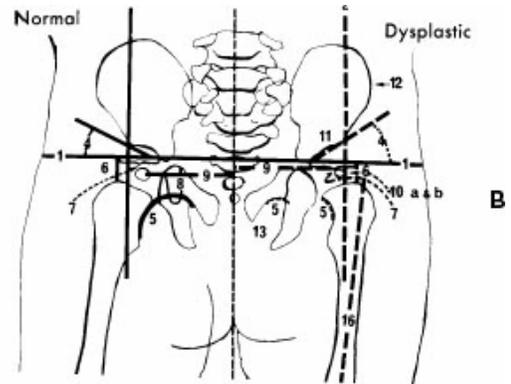
A



B

Mosby, Inc. items and derived items
copyright © 2003, Mosby, Inc. All rights reserved.

Figura 4 Maniobra de Ortolani



Mosby, Inc. items and derived items copyright © 2003, Mosby, Inc. All rights reserved.

Figura 5 Comparación entre cadera normal y cadera afectada



Mosby, Inc. items and derived items
copyright © 2003, Mosby, Inc. All rights reserved.

Figura 6 Arné de Pavlick

