

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA

5o. Año

Luxación Congénita de Cadera

DOCENTE : Dr. RICARDO ZABALA

ALUMNOS: CAMACHO TERRAZAS JORGE 68
CASTRO OSWALDO 66
CANDIA EIZAQUIRRE ENRIQUE 68

MATERIA: TRAUMATOLOGIA

COCHABAMBA - BOLIVIA

LUXACIÓN CONGENITA DE LA CADERA

Se denomina así a una entidad en la que existe una malformación congénita de las estructuras de la cadera de diverso grado que determinan una defectuosa relación entre el acetábulo y cabeza femoral

En general el niño no nace con la cadera luxada, son con una malformación articular que entraña una predisposición hacia la dislocación, lo cual ocurrirá solo cuando el niño se pare o camine.

La frecuencia de presentación es de 2 por mil niños , pero si tomamos en cuenta el número de displasias que desaparecen espontáneamente o con tratamiento o en los primeros meses de vida el número es mucho mayor estando en el orden de 1,6%.

Es más frecuente en las mujeres, en una proporción de 4 : 1 a aproximadamente. Puede presentarse tanto en forma unilateral como bilateral siendo esta última forma más común en las niñas.

Se puede decir que existe una distribución geográfica y racial ya que es más común en los países europeos como Francia, Italia, España, Yugoslavia, Suecia o sea que es mas frecuente en la raza caucásica que en los negros, asiáticos, indios americanos.

El diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera (LCC) se la debe hacer en forma temprana , para evitar que el niño experimente un prolongado tratamiento el principal problema para un diagnóstico precoz se debe a que la mayor parte de los estudiantes, residentes y médicos se han acostumbrado a buscar signos inadecuados como búsqueda de chasquidos, limitación de la abducción, pliegues cutáneos asimétricos o acortamientos femorales. También los errores en el diagnóstico se deben a que los

médicos se contentan con examinar en una sola oportunidad debiendo ser lo correcto el examen en cada visita al pediatra o médico familiar.

Existen 2 tipos de luxación congénita de cadera:

- a) el tipo embrionario, muy grave que se acompaña de otras malformaciones como pie varo equino, espina bífida, escoliosis, luxación de rodilla, distrofia muscular, artrogriposis , etc. y esta se origina en los primeros meses de la gestación.
- b) El tipo fetal , encierra el defecto primario está en el complejo articular coxofemoral exclusivamente. Este tipo es el más frecuente y en el cual el cotilo , que normalmente se forma alrededor de la cuarta semana de gestación , no se desarrolla bien, por lo cual su profundidad y continencia están muy reducidas, pudiendo existir una verdadera agenesia de la cavidad tal hipoplasia cotiloidea ya existe en el niño al nacer y a este periodo de la afección se denomina preluxación ya que la luxación vendra después al pararse el niño o iniciar la deambulación podalica.

Un condilo con tal malformación puede posteriormente desarrollarse en forma correcta o satisfactoria si se restablecen las relaciones defalocotiloideas normales.

ETIOLOGIA

Los factores que predisponen a la luxación de cadera son genéticos, hormonales y mecánicos.

La influencia genética ha sido demostrada por estudios en familias ya que si uno de los padres padece esta enfermedad, el niño presenta 12% de posibilidad de padecerla , si un hermano la padece presenta un 6% y si un padre y un hermano sufren de esta lesión , presenta 36% de posibilidades.

La predisposición humoral se cree que se debe a una mayor concentración de estrógenos en el útero y en la sangre del recién nacido con luxación de la cadera. Se cree que el hígado de estos niños carece de capacidad de inactivar los estrógenos que esta concentración hormonal mayor produce laxitud de la cápsula articular.

Los factores mecánicos también influyen en la luxación. La incidencia de LCC esta muy aumentada en los casos de presentación de nalgas; estos factores mecánicos asociados con la presentación de nalgas parecen ser 2:

En primer lugar , la rodilla extendida y la tirantez asociada de los músculos posteriores del muslo combinados con hiperflexión de la cadera, pueden incrementar la dirección anómala de las fuerzas que actúan sobre dicha articulación.

En segundo lugar, la cadera hiperflexionada permite el desarrollo de contractura del músculo psoas iliaco, de modo que la extensión de la cadera después del nacimiento promueve inestabilidad. Se desconoce por que la cadera izquierda resulta más frecuentemente afectada que la derecha. Sin embargo, puede deberse al hecho de que el lado izquierdo del feto se encuentra adyacente a la prominencia de la columna vertebral con mayor frecuencia, la cual causa aducción del muslo izquierdo.

Se trata de explicar la mayor frecuencia de la enfermedad en niñas por el hecho de que en ellas la pelvis tiene mayor diámetro transversal en los varones, el cotilo una orientación particular y los miembros inferiores una tendencia a la aducción, todo lo cual facilita la incongenecia articular.

ANATOMIA PATOLOGICA

En la LCC el cotilo tiene una menor profundidad en casos mas graves la cavidad no existe y la zona correspondiente es plana, mientras que su orientación tiende a la vertical y el rodete ctiloideo fibrocartilaginoso suele hipertrofiarse.

La cabeza femoral generalmente es mas chata e hipotrófica y de menor altura, con la zona metafisiaria ensanchada y el cuello algo más corto y con un ángulo de inclinación mayor que el normal. En la luxación constituida la cabeza femoral se desplaza hacia fuera alejándose progresivamente del cotilo, para n una etapa posterior dirigirse hacia arriba y atrás y alojarse finalmente en plana fosa ilíaca externa, donde con el tiempo aparece a veces un neocotilo. La epífisis femoral además de las alteraciones antes citadas , puede sufrir fenómenos de osteocondritis que pueden ser la base de graves lesiones artrósicas de aparición ulterior.

Cuando se efectúa la progresión hacia la luxación alta, la cabeza y el cuello femorales se tuercen casi siempre hacia delante de modo que el ángulo de declinación que es la proyección del eje del cuello sobre el eje bicondileo, aumenta más allá de su valor normal, que es 12° . Esto constituye la anteversión de la epífisis femoral, fenómeno anatomopatológico muy importante que condiciona parte de la sintomatología local y determinadas etapas del tratamiento.

Posteriormente la cápsula se distiende y de forma siguiendo los desplazamientos de la extremidad femoral superior; toma una orientación hacia arriba, se alarga y se estrecha en su parte media e inmediatamente por fuera del rodete cotiloideo (istmo), adquiriendo la forma de un reloj de arena, debido a la presión que ejerce sobre su cara anterior el fuerte tendón del psoas iliaco , por lo que en el tiempo al agravarse esas alteraciones , la reducción incruenta puede ser difícil o imposible. Es en estos casos que la cápsula llega a tener mucho mayor grosor y menos elasticidad y numerosas las adherencias pericefalicas y por su cara externa a la fosa ilíaca externa. El ligamento redondo también sufre notables alteraciones, pues progresivamente se alarga y según los casos se atrofia o hipertrofia.

Por las alteraciones descritas anteriormente se ve que, además de las modificaciones puramente articulares, todos los tejidos y planos que rodean la región sufren cambios estructurales; los músculos se retraen y esclerosan y las dificultades para

obtener la reducción de la luxación se acentúan a medida que estas circunstancias se hacen presentes en el enfermo.

La lordosis lumbar se marca cada vez más en relación directa con la rotación de la pelvis alrededor de su eje transversal. En niños o adultos con luxación unilateral, se observa además una escoliosis secundaria a lumbosacra de convexidad hacia el lado luxado; también la hemipelvis y el esqueleto del miembro inferior del mismo lado adquieren menor desarrollo en lo largo y ancho.

SIGNOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS

Por su sintomatología, pronóstico y tratamiento pueden presentarse tres casos distintos:

1. Preluxación
2. Luxación constituida
3. Luxación inveterada

1. PRELUXACIÓN

- ◆ Estadio precoz de la enfermedad observada inmediatamente después del nacimiento.
- ◆ Que siendo diagnosticada tempranamente permitirá instituir una conducta que evite alteraciones morfológicas.

a) Clínica

- ◆ Niño en decúbito dorsal, se ve que presenta, su miembro inferior en evidente rotación externa.
- ◆ El perfil externo o lateral de la pelvis es más saliente a nivel de la zona trocanterica.