

MEU.  
FCS  
M 828m  
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
CURSO QUINTO AÑO

# ***“MALFORMACIONES CONGENITAS”***

**MATERIA: TRAUMATOLOGIA**  
**DOCENTE : Dr. RICARDO ZABALA**  
**ALUMNOS: MORALES NUÑEZ LOURDES**  
**RIVAS CH. ROCIO**  
**RIVERA R. MILKA**  
**RIVERO Z. ELIZABETH**  
**ROCHA A MARITZA**  
**ROCHA G. ERICK**  
**ROCHA G. GYPSY**

**COCHABAMBA - BOLIVIA**

## ARTROGRIPOSIS (MIODISTROFIA FETAL)

Es una manifestación congénita que se manifiesta predominantemente por múltiples rigideces articulares (pie y mano Zambos, dificultad en la movilización de las articulaciones de miembros superiores e inferiores, luxación congénita de caderas, etc).

La enfermedad se manifiesta y es diagnosticada desde el nacimiento o poco después que el niño puede efectuar movimientos , algo complejos y coordinados.

### Origen

Se acepta que la lesión muscular es la causa de dificultades motoras y con el crecimiento, se añade alteraciones morfológicas, articulares y óseas.

La producción de estas lesiones se remontan al tercer mes de vida intrauterina en el que el tejido muscular, ya diferenciado del mesénquima, debe estirarse y alargarse progresivamente, si este proceso se detiene se produce la artrogriposis.

## TORTICOLIS (CUELLO TORCIDO)

Se denomina a toda desviación lateral permanente del cuello de manera que cara y cabeza de este lado se acercan al hombro correspondiente.

### Etiopatogenia

Se clasifican por su origen en : congénitos y adquiridos.

#### Torticolis congénitas.

Que pueden ser: **congénicos** originados en las primeras semanas de vida fetal y suelen ir acompañados de otras malformaciones en el cuello y otra parte del organismo; los **intrauterinos** cuando el feto esta cerca del momento del parto son los más frecuente y de mejor pronóstico; **traumas obstétricos**, al lesionar músculos y nervios del cuello dejan secuela una desviación por retracción del esternocleidomastoideo de un lado, en esta caso es de gran valor el interrogatorio sobre el mecanismo del parto.

### **Síntomas clínicos y radiográficos.**

Observando al enfermo de frente el eje longitudinal del cuello describe una curva cuya concavidad corresponde al lado en que el músculo esternocleidomastoideo más o menos acortado y tenso, hace relieve por debajo de la piel.

Cara y cráneo son desplazados, la cara no mira hacia delante, sino hacia el lado opuesto del tortícolis, mediante un movimiento de rotación de la columna cervical.

En niños recién nacidos o de menos de un año suele verse y palpase una pequeña tumoración en el cuerpo del esternocleidomastoideo tenso por lo general en su parte media, que corresponde a un hematoma en vías de organización o ya cicatrizado.

En niños más de un año es frecuente apreciar una asimetría facial (la mitad de cara del lado de la concavidad tiene menos desarrollo que la opuesta.

En adolescentes y adultos, puede añadirse que el eje vertical de cara y cráneo sufren una verdadera encorvadura en el mismo sentido de la tortícolis, y menor desarrollo hemifacial, se hallarán hendidura palpebral y pabellón auricular mas pequeño.

Radiográficamente la columna cervical, cara y cráneo de frente mostraran la alteración del eje de tipo escoliótico (lateral) y la asimetría por menos volumen de la mitad del esqueleto cráneo facial de lado de la concavidad, en casos invertidos habrá alteración en las vértebras cervicales serán más altas del lado de la convexidad y existirá cierta rotación de las mismas.

### **Tratamiento**

En los primeros meses o años de vida el tratamiento es siempre incruento . Deberán indicarse vendajes tipo Schanz; collar circular con planchetas de algodón , tratando de mantener la cabeza en sentido inverso al de la deformación en caso rebeldes se recurre a la inmovilización enyesada



Si no mejora el tratamiento quirúrgico está indicado al final de la primera infancia o más adelante y consiste en disertar uno o ambos extremos del músculo (tenotomía uni o bipolar)

Técnica más empleada es la sección de los haces distales del músculo (esternal y clavicular) completada con tracción o mineral de yeso.

En la técnica de Jahs se desinserta el haz clavicular , se seca la crónica de Jahs se desinserta el haz clavicular se secciona la aponeurosis y se coloca esa porción muscular en la vaina del haz esternal.

El tratamiento de tortícolis espasmódico es más compleja se secciona 2da o 7 ma raíces cervicales y del XI por la región occipital más artodesis cervicooccipital.

## **ESCOLIOSIS CONGENITA**

Como se nombre lo expresa, la alteración permanente del eje de la columna vertebral en sentido lateral es de origen anterior al nacimiento aunque cuando clínicamente su existencia sea descubierta en la mayoría de los casos cuando el niño cursa la primera o segunda infancia

### **Etiopatogenia.**

Como se dijo, su origen es intrauterino y mas claramente genético. El tipo de alteración estructural de la o las vértebras nos lleva al momento en que éstas se forman de su metámera primitiva , esto es, a los primeros tres o cuatro meses de la gestación.

### **Anatomía patológica.**

La causa de la desviación lateral de la columna es una malformación de las vértebras, en cualquiera de sus niveles. Es muy frecuente verla en la última porción de la columna dorsal o en las primeras vértebras lumbares.

Las anomalías pueden ser :

- 1) por defecto de formación (vértebras bífidas, hemivértebra en cuña)
- 2) defectos de segmentación (barras uni o bilaterales)
- 3) inclasificables.

Es rara la agenesia de toda una vértebra, lo habitual es la agenesia o hipgenesia de una mitad derecha o izquierda, lo cual es suficiente para adesequilibrar el eje longitudinal del raquis. Recuérdese que la vértebra se origina, según el conocido esquema de Putti , a partir de tres núcleos o segmentos para cada lado y que , al no formarse o hacerlo incompletamente el correspondiente a la mitad derecha o izquierda, el producto será una hemivértebra o una vértebra en cuña, mas alta de un lado que del otro.

En la quinta vértebra lumbar la asimetría de esta vértebra da origen a un tipo de escoliosis congénita lombosacra.

A estas malformaciones , sobre todo en las escoliosis congénitas dorsales, suelen agregarse la sinostosis o soldadura de la parte posterior de dos o más costillas la falta parcial o total de una de ellas, con ausencia de las parrillas costales de las vértebras malformadas, etc.

### **Clínica.**

El diagnóstico se hace por lo general en la primera o la segunda infancia . A la inspección se comprueba que la desviación lateral es de pequeña curva y que no se corrige con los movimientos o con la maniobra de Adams (curvas rígidas), no hay dolor espontáneo ni provocado con los movimientos activos o pasivos, y su grado de progresividad, muy variable exige vigilancia periódica. En caso de malformaciones groseras y múltiples sin embargo, la desviación lateral y a veces la paravertebral pueden ser muy visibles y antiestéticas. En los casos no tratados hay aproximadamente un 50% de curvas severamente progresivas y un 30% de curvas moderadamente progresivas. La barra no segmentada unilateral dorsal y las hemivértebras descompensadas tienen mal pronóstico. En el examen radiográfico la imagen de frente es más importante. En ellas debemos buscar , en el lugar de la curva escoliótica la hemivértebra o la vértebra en cuál ya

descritas, las barras y las alteraciones costales (agenesia costa, parcelar o completa; sinostosis).

### **Tratamiento.**

Cama dura, lecho de Lorenz y gimnasia adecuada suelen actuar en forma relativa dadas la características anatómicas y evolutivas anotadas. Los corsés de yeso correctores o aparatos ortésicos pueden ser de alguna utilidad. Recientemente, calificados autores comentaron buenos resultado con el empleo de corsé ortopédico de milwaukee. La fusión ósea quirúrgica está indicada antes de la adolescencia en buen número de caso, cuando la curva es producida por anomalías capaces de ser gravemente progresivas y es corta y rígida (barra no sementada unilateral hemivértebras no compensadas, componente cifótico congénito).

En algunos caos la resección de una hemivértebra y la fijación quirúrgica pueden proporcionar correcciones satisfactorias y estabilidad.

## **LUXACION CONGENITA DE CADERAS (DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS)**

Abarca alteraciones morfológicas de la articulación coxofemoral. En la luxación existe un desplazamiento de la cabeza femoral y por tanto una disnormia entre continente y contenido se ha perdido la relación entre las zonas anatómicas.

En la subluxación se observa el desplazamiento lateral de la cabeza, pero no ha traspasado la zona más externa del techo cartilaginoso acetabular.

La displasia se caracteriza por disminución del tamaño de la cabeza y un aumento del valor del ángulo acetabular.

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