

UMSS
FACULTAD DE MEDICINA
MATERIA DE TRAUMATOLOGIA

✓
X ✓
MED
FOSIS
R1730
1999 ✓

ENFERMEDADES CONGENITAS

Docente: Dr RICARDO ZABALA
Alumnos: YOLANDA RAMIREZ ERNST
VLADIMIR QUISPE APAZA

Cochabamba, noviembre de 1999

17.5

22

DISPLASIA CONGENITA DE CADERA

Es una alteración en la articulación coxofemoral, que puede llegar si es que se lo deja librada a su evolución natural hasta una última etapa, la luxación.

Antes era mal llamada luxación congénita de cadera, pero la verdadera alteración primaria es una displasia, que no necesariamente va a llegar a ser luxación, esta se va a presentar solo en el momento en que el niño gatee, se pare o camine.

EPIDEMIOLOGIA

- *Relación entre sexos 6:1 a favor de las mujeres.
- *predilección por el primer nacimiento.
- *40% bilateral
- *20% de historia familiar (origen genético)
- * normalmente es diagnosticada antes de los 4 años

ETIOPATOGENIA

Se describen dos tipos de etiologías: la embrionaria y la fetal.

La primera es la que acarrea mayores consecuencias debido a que se acompaña de otras malformaciones como serpie both, espina bífida, escoliosis, luxación de rodilla, distrofia muscular, artrogriposis, etc. Se origina desde los primeros meses de gestación debido a una anomalía genética, por tanto es de carácter hereditario. Esta etiología es responsable del 20% de los casos.

La de tipo fetal el defecto primario esta en la formacion del complejo articular coxofemoral, este puede ser debido por ejemplo a una laxitud inherente en las articulaciones posiblemente debidas a cambios hormonales que sufre la madre durante la gestacion.

Tambien se lo ha relacionado con partos podalicos.

III.- ANATOMIA PATOLOGICA:

La cavidad cotiloidea :

- ❖ Tiene mayor profundidad.
- ❖ Puede no existir o estar plano.
- ❖ Su orientación es mas vertical.
- ❖ Rodete cotiloideo fibrocartilaginoso se hipertrofia.

Cabeza femoral :

- ❑ Es mas chata, hipotrófica y de menor altura.
- ❑ El cuello es mas corto.
- ❑ Angulo de inclinación mayor al normal.
- ❑ Mayor predisposición a la osteocondritis.

Una vez que se produce la luxación; la cabeza femoral se desplaza afuera, alejándose del cotilo para dirigirse después hacia arriba y atrás alojándose en la fosa ilíaca externa donde aparece después un neocotilo.

IV.- SIGNOS CLINICOS:

Tomando en cuenta los signos y síntomas, el pronóstico y el tratamiento se observan 3 casos distintos.

PRELUXACION:

- El miembro afectado está en rotación externa y con el pie talo (signo de Bocchi)
- La saliencia que hay normalmente por el trocante mayor es más acentuada en el lado afectado.
- Perineo más ancho.
- Existe limitación de los movimientos de abducción, porque los músculos aductores hipertensos.
- Triángulo de Scarpa deprimido, vacío.
- Signo de Ortolani: movimiento de abducción pasiva con miembro en flexión, suele percibirse un resalto audible y palpable causado por el roce de la cabeza femoral con el rodete cotiloideo.
- Signo de Pater Bader: Se ve un pliegue extra en la cara interna del muslo afectado, solo en caso unilaterales.

- Signode Savariaud: Cuando el paciente se sienta desde decubito con los pies juntos, el lado afectado se observa mas corto.
- Al flexionar rodillas y ser visto desde los pies, el lado afect se osbserva mas baja, con el muslo mas corto.

LUXACION CONSTITUIDA:

Aparece a partir del año de edad cuando el niño ya camina.(a veces incluso antes por el gateo)

- ◆ Inicio tardio de la de ambulación.
- ◆ El miembro del lado afectado se presenta en rotación externa y cierto grado de aducción
- ◆ Miembro afectado mas corto.
- ◆ La zona trocantereana es mas pronunciada.
- ◆ Hipertrofia muscular en el muslo y la región glútea.
- ◆ Signo de Savariaud positivo.
- ◆ Signo del Piston de Dupuytren: facilmente elongable al raccionar la pierna y al soltarla vuelve a su posición y longitud originales.
- ◆ Cabeza femoral palpable en región glutea o fosa iliaca externa.
- ◆ Abducción muy limitada (tensión de los aductores)
- ◆ Rotación externa muy limitada.
- ◆ Se amntienen normales la flexión y la rotación interna.
- ◆ Hiperlordosis lumbar.
- ◆ Regiones gluteas prominentes

- ◆ Pelvis dirigida hacia lado afectado, pliegue intergluteo se dirige hacia abajo y al lado opuesto.
- ◆ Signo de Trendelenburg: niño de pie, desnudo vispo por detrás: se le pide que se pare en un solo pie, signo positivo si es que la pelvis descende o se inclina al lado opuesto al del apoyo, el pliegue intergluteo se hace oblicuo hacia abajo y hacia el lado de apoyo y el pliegue subgluteo está mas bajo en el lado opuesto. Esto es debido a la insuficiencia del musculo gluteo medio dado al acercamiento de sus inserciones y horizontalizacion de sus fibras
- ◆ MARCHA: Se produce la llamada marcha de pato. (marcha claudicante, de tal manera que al apoyar el pie del lado afectado e inclinar la pelvis hacia el lado opuesto: el tronco se inclina hacia el lado luxado, cabeza femoral asciende, resbalando por debajo de los gluteos, es en realidad un signo de Trendelenburg positivo en cada paso, si es bilateral aparece ese contoneo especial que le da el nombre de marcha de pato.

LUXACION INVERTIDA O ENVEJECIDA

- ◆ Se produce cuando la luxación ya tiene varios años y no se ha realizado tratamiento alguno
- ◆ Miembro afectado en fuerte rotación externa y aducción
- ◆ Todos los signos de ascenso de trocanter mayor.
- ◆ Acentuada limitacion de la abduccion y rotacion externa
- ◆ Acortamiento de varios centímetros del miembro afectado

- ◆ Lordosis muy exagerada, glúteos muy salientes.
- ◆ Escoliosis secundaria.
- ◆ Signo de Trendelemburg
- ◆ Cojera o marcha de pato muy pronunciadas
- ◆ Con los años marcha mas dificultosa con gran dolor debido a la artrosis.

V.- DIAGNOSTICO

a) Clinico

A través de la anamnesis y sobretodo el examen fisico donde los posibles hallazgos son descritos con anterioridad.

b) Radiologico.

En ciertos paises se toma como rutina a todo recién nacido una o dos radiografias de pelvis de control ya que el examen fisico no revela el 100% de los enfermos. Por lo general este estudio se hace con dos proyecciones anteroposteriores. Una en posición indiferente y otra en posición de abduccion y rotación externa.