

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO QUINTO AÑO

DISPLASIA LUXANTE DE CADERA Y PIE BOT



MATERIA : Traumatologia

DOCENTE : Dr. Ricardo Zabala.

**INTEGRANTES : Maribel Santa Cruz A.
Edwin Santa María D.**

26-

COCHABAMBA - BOLIVIA

25

DISPLASIA LUXANTE DE CADERA

INTRODUCCION

La displasia luxante de cadera (D.L.C.), es la malformación ortopédica de gravedad más frecuente del ser humano.

Corresponde a una displasia articular que se produce por una perturbación en el desarrollo de la cadera en su etapa intrauterina antes del tercer mes de vida fetal. La sub-luxación o la luxación se produce después del nacimiento, en los primeros meses de vida extra-uterina y como una consecuencia de la displasia. No hay que confundirla con la verdadera luxación intrauterina de la cadera y que corresponde a una afección teratológica y que se acompaña habitualmente con otras alteraciones congénitas cardíacas, renales, de la columna vertebral, de los pies, etc. Esta luxación intra-uterina es de muy difícil tratamiento, de mal pronóstico y alcanza no más del 5% del total de las luxaciones congénitas de la cadera.

La D.L.C. es progresiva. Se nace con displasia y, si no es adecuadamente tratada, progresa a subluxación y luxación, representando el 95% de las D.L.C. (el otro 5% son las luxaciones teratológicas ya mencionadas). Por esta razón, el diagnóstico precoz (primer mes de vida) es de extraordinaria importancia, ya que tratada en este momento se logran caderas clínica, anatómica y radiológicamente normales.

La diversidad terminológica (luxación congénita, enfermedad luxante, displasia congénita, displasia evolutiva, etc.) responde al progresivo conocimiento de su patogenia única, así como a la diversa expresividad clínica, propia de los distintos grados posibles de displasia.

El proceso se inicia ya en la etapa embrionaria con una displasia del acetábulo, que genera una cavidad cotiloidea hipoplásica, es decir, poco profunda o cubierta de rodete cartilaginosa escasa, que es incapaz de albergar y contener la cabeza femoral. Más adelante ésta podrá luxarse con cierta facilidad, según el grado de incontinencia acetabular. Tras el periodo neonatal, el ritmo de maduración articular puede enlentecerse, detectándose el problema después, durante el primer semestre.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Entre 1,7 y 17 de cada 1.000 recién nacidos vivos presentan una displasia luxante de cadera. Su evolución a incapacidad grave es muy probable y fácil de evitar. Si no se tratan, a los 12 meses un 1-1,5/1.000 tendrá luxación congénita de cadera.

Además un 3,5% de los adultos mayores de 55 años tienen artrosis de cadera, atribuyéndose el 50% de ellas a displasias congénitas. Las cifras de incidencia son muy superiores en algunas zonas, como por ejemplo en Austria y Hungría. Varía en las diferentes zonas del mundo. Hay razas y regiones en que la frecuencia es

mayor por razones que se desconocen. Hay zonas en que la frecuencia es muy baja, y se cree que es por la forma en que las mamás transportan a sus hijos (a horcajadas).

En Alemania, la displasia aparece entre 2 y 4% de los recién nacidos. De éstos sólo el 2% presenta luxación. Por ejemplo, de 700.000 nacidos por año, 21.000 presentan displasia y sólo 420 tienen luxación de cadera.

En Chile hay algunos estudios que nos muestran que la L.C.C. tiene una incidencia de 7 por 10.000 nacidos vivos, y la displasia alrededor del 4% en lactantes de 3 meses de edad.

En negros y chinos no hay luxación.

En una muestra de familias numerosas es más frecuente en el primer hijo.

La distribución por sexo es de 6 mujeres por 1 hombre.

ETIOLOGIA

La causa de la D.L.C. es desconocida. Hay varias teorías que postulan factores "endógenos y exógenos" como causa de la enfermedad.

Endógenos

Los factores endógenos aparecen con más fuerza en la etiología de la luxación. Una clara mayor frecuencia en el sexo femenino (6 es a 1 con respecto al hombre), hace pensar que puede haber una influencia del sexo, que aún es desconocida. La herencia es otro factor que se considera como causa (habría una alteración genética) ya que entre el 20 y 40% de los casos de D.L.C. dependiendo de los lugares donde se ha hecho el estudio, tienen antecedentes familiares de la misma enfermedad.

Otras causas postuladas son las alteraciones hormonales. Habría un aumento de estrógenos, que condiciona una mayor laxitud de cápsula y ligamentos, que facilitaría la luxación.

Exógenos

Se postula que la mal posición intrauterina (posición de nalgas), los procesos que ocupan espacio en el útero, la tracción muscular exagerada (aductores), el valgo y anteversión del cuello femoral, serían factores que causan D.L.C.

ANATOMIA PATOLOGICA

Tres son las formas o grados de presentarse la displasia luxante de la cadera:

Cadera displásica: hay verticalización del techo acetabular; la cabeza femoral está dentro del acetábulo, pero éste es insuficiente para contenerla y, cuando la cabeza rota hacia atrás o adelante, se produce luxación hacia posterior (resalte posterior) o hacia anterior (resalte anterior).

El reborde del cótilo o limbo está alargado y ligeramente evertido en su parte superior. El acetábulo tiene forma elipsoide, por lo que la cabeza no está cubierta totalmente por el acetábulo.

Cadera subluxada: se produce una mayor progresión de la eversión del limbo; la cápsula se alarga, igual que el ligamento redondo, pero aún está libre, sin adherencia a la pelvis.

El acetábulo es insuficiente, poco profundo, cubre parcialmente la cabeza femoral. La cabeza del fémur es más pequeña e irregular, perdiendo su esfericidad.

Cadera luxada: se ha perdido la relación normal entre el cótilo y la cabeza femoral. (Anexo 1)

La cabeza está por sobre y detrás del acetábulo. El limbo está comprimido y evertido, formando un falso cótilo sobre el verdadero acetábulo, que está poco desarrollado. La cabeza es más pequeña que en lado contralateral, no es esférica, es mucho más irregular que en los estados anteriores. La cápsula articular toma la forma de reloj de arena, se adhiere a la parte superior del cótilo y éste adquiere la forma de oreja de perro.

Son estos hechos de la anatomía patológica los que explican por qué es casi imposible la reducción cerrada de la displasia luxante de cadera en este estadio.

CLINICA

En un 20 a 30% de los casos existen antecedentes clínicos de familiares con D.L.C.. Cuando se trata de mujeres la sospecha debe ser más fuerte. La displasia de cadera es más frecuente en las niñas (más del doble que en los varones), en partos de nalgas (4,5 veces más) y en presencia de otras deformidades visibles.

Se consideran factores de riesgo de esta displasia los que dificultan, por falta de espacio intraútero, la posición fetal en abducción y los que aumentan la laxitud musculoligamentosa.

Los marcadores de riesgo agrupan más del 60% de casos, por lo que su presencia indica la práctica sistemática de ecografía de caderas al mes de vida. La asociación de dos marcadores multiplica por cuatro el riesgo.

Grupos de riesgo elevado (indicación estricta de la radiografía de cadera):

- Historia familiar positiva en primer grado
- Presentación de nalgas
- Deformidades posturales:
 - Pies zambos, talos y metatarso aducto rígido
 - Deformidades faciales y plagiocefalia
 - Escoliosis postural neonatal
- Exploración anormal de la cadera
- Malformación congénita (de cualquier tipo).

Grupos de riesgo moderado (radiografía de cadera recomendable):

- Prematuridad
- Peso elevado al nacimiento
- Oligohidramnios
- Parto por cesárea

Examen Físico

Cuando se trata de displasia, los signos clínicos son muy pobres, pero aun así se pueden descubrir signos que despierten la sospecha diagnóstica. Cuando hay subluxación o luxación, los signos son más evidentes.

Entre los signos clínicos tenemos:

Sospecha de Displasia Luxante de Cadera

Limitación de la abducción de cadera, que puede ser uni o bilateral, hace plantear el diagnóstico presuntivo de displasia de cadera. (Anexo 2)

La abducción en el recién nacido (RN) es de 80 a 90° hasta el primer mes de vida. En el segundo a tercer mes de vida, la abducción es de 60 a 65%. La disminución de la abducción con caderas flectadas a 90°, a menos de 45°, es sospechosa de displasia. Si la abducción es aún menor de 45°, existe una fuerte posibilidad que se trate de luxación.

Aumento del movimiento de rotación externa y aducción de la cadera, con disminución de la abducción y rotación interna, es otro signo de sospecha.

En subluxación o luxación unilateral de cadera, se puede observar una disminución de los movimientos de la cadera enferma, no obstante existen otras patologías que también pueden dar este hecho.

Asimetría en el largo de las extremidades inferiores. Se puede producir, aún en la displasia, por diferente crecimiento a nivel del extremo proximal del fémur. En la subluxación y luxación este signo es más evidente.

Asimetría de los pliegues cutáneos, glúteos y muslos: hay que considerarlo, pero pierde importancia ya que es inespecífico.

Cambio de forma entre ambas regiones glúteas.

Signo de Ortolani-Barlow: es de valor como sospecha en la primera semana de vida del recién nacido. Este signo es un chasquido, audible y palpable que traduce la salida y entrada de la cabeza al cotilo, puede ser anterior o posterior. Si el signo es negativo no tiene valor para descartar la presencia de Displasia Luxante de Cadera.

La maniobra de Ortolani pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole nosotros las caderas y rodillas 90°, a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2° y 3° dedo, que apretarán el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2° y 3° presionando el trocánter hacia dentro, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce oiremos un clic fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. (Anexo 3 y 4)

La maniobra de Barlow pretende comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45°: mientras una cadera fija la pelvis, la

otra se movilizará suavemente en adducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular, intentando luxarla al adducir, empujando con el pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis, y luego reduciéndola en abducción. (Anexo 5)

La prueba de Ortolani traduce una luxación y la de Barlow una cadera luxable o displásica.

La exploración cuidadosa de las caderas (sobre todo amplitud de la abducción forzada y búsqueda de asimetrías) en cada control del primer año de vida, pretende detectar la presencia de signos indirectos de luxación, principalmente tras el periodo neonatal precoz, cuando las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas. Su presencia induce sospecha pero no conlleva necesariamente la existencia de una luxación o de una displasia:

- La abducción forzada de los muslos resultará imposible a más de 60° en caso de que exista luxación. Se aconseja explorar cada lado por separado.

- Las asimetrías: de pliegues, o el acortamiento de un muslo (prueba de Galeazzi) o la actitud asimétrica de los miembros (se exploran mejor en decúbito supino), desviación de la vulva en las niñas. (Anexo 6)

Signo del telescopaje: la flacidez capsular permite que la cabeza femoral se separe del cótilo al traccionar el muslo en el sentido de su eje, para volver a su lugar al dejar de traccionar.

Signos de certeza de Displasia Luxante de Cadera

Palpación de la cabeza femoral en un lugar anormal, por migración de ella fuera del acetábulo.

Lateralización y ascenso del trocánter mayor, que puede estar encubierto, cuando el niño es muy gordo.

Desplazamiento lateral de la cabeza femoral.

En el niño que camina existen otros signos:

Marcha claudicante.

Signo de Trendelenburg, que traduce insuficiencia del músculo glúteo medio.

Acortamiento de la extremidad luxada.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de certeza es radiológico. La radiología simple es la más usada y generalizada. En los últimos años se ha empleado también ultrasonografía, que nos da información sobre la dinámica de la cadera. Este examen evita la irradiación del paciente, especialmente del recién nacido y lactante. Desgraciadamente es un método que aún no está generalizado.

La radiografía, es útil a cualquier edad y nos da signos de certeza desde el recién nacido.

La radiografía, para que tenga valor, debe ser técnicamente perfecta. La placa radiográfica debe ser centrada (sínfisis pubiana en la línea media) y simétrica (agujeros obturadores y alas ilíacas de igual forma y tamaño).

Las proyecciones más usadas son la anteroposterior, con los miembros en posición neutra, y la Lauenstein, con los muslos flectados y abducidos, que nos da una visión lateral del 1/3 proximal del fémur.

En la radiografía simple antes de los 6 meses de edad, cuando aún no se ha iniciado la osificación de la cabeza femoral, se trazan varias líneas y se miden distancias y ángulos para hacer un diagnóstico de certeza de displasia luxante de la cadera, ya que no se puede ver directamente dicha cabeza femoral, si está dentro o fuera de la cavidad cotiloídea, ya que ésta es transparente a rayos por ser sólo de cartílago. (Anexo 7)

Sólo un 50% de los casos de displasia acetabular congénita (cadera luxable) se diagnostican mediante las maniobras de Ortolani y Barlow durante el periodo neonatal. A pesar de su baja sensibilidad y especificidad frente a la displasia, la aplicación sistemática de la prueba ha hecho disminuir ostensiblemente la incidencia de la principal complicación en su grado máximo: la displasia congénita persistente de la cadera. A pesar de ello, siguen apareciendo casos de displasia detectados clínicamente en el segundo semestre (sobre el 35% del total de casos).

Un 15% de caderas ecográficamente anormales pasan inadvertidas en una exploración clínica correcta y su historia no presenta indicadores de riesgo. Ante ello surge la controversia sobre la conveniencia de practicar sistemáticamente una ecografía de cadera a todos los recién nacidos, practica realizada en algunos países.

Son elementos favorables para la ecografía sistemática:

- La mayor cobertura diagnóstica precoz.
- La posibilidad de establecer un tratamiento temprano con mejor modelación final y menor riesgo teórico de iatrogenia.
- Disminución de los tratamientos de inicio tardío con necesidad de ulterior corrección quirúrgica y peor pronóstico funcional.

Son elementos contrarios a la ecografía sistemática los siguientes:

- La escasez de recursos ecográficos.
- El porcentaje elevado de anomalías mínimas que no precisan tratamiento.
- La dificultad de interpretación ecográfica.
- La ineffectividad del cribado neonatal único por la alta frecuencia de casos tardíos.
- Su alta sensibilidad y baja especificidad.
- La iatrogenia atribuible a tratamientos inoportunos (necrosis aséptica de la cabeza femoral).

A pesar de la abundante bibliografía existente a favor de la ecografía sistemática, la intervención preventiva más aceptada es la siguiente: realización de ecografía de caderas ante cualquier sospecha clínica y de forma sistemática en los pacientes de alto riesgo. La ecografía de caderas se realiza al mes de vida (entre las cuatro y las ocho semanas, y no más tarde porque el tamaño de los transductores no permite su uso en posteriores edades). Para su realización e interpretación correctas se precisa una gran experiencia por parte del explorador.