COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA CONGENITA DE LA CADERA

Por el Dr. EUGENIO DIAZ BORDEU
Hospital de Niños Roberto del Rio.

La luxación congénita de la cadera se ha transformado entre nosotros en una afección frecuente; así, durante el presente año, podemos ver que solamente en nuestro Servicio, Hospital de Niños Roberto del Rio, fueron atendidos 60 casos. Las estadísticas de otros centros especializados del país lo confirman; así, la del Dr. Sweet, de Valparaíso, alcanza a 14 enfermos y la del Dr. Melo, de Concepción, a 18.

Dándose por demostrado el hecho de que esta displasia tiene un tratamiento con bastantes probabilidades de éxito hasta los cuatro años de edad, merece destacarse e insistirse en la llamativa diferencia de probabilidades de curación que se obtienen, según el sujeto sea sometido a tratamiento antes de andar, con los resultados del enfermo que ya ha andado o está en la edad alrededor de los cuatro años, época límite para asegurar relativamente según alivio.

De ahí que consideremos que todo lo que se haga por resolver este problema será insuficiente, si no se destaca la enorme diferencia que existe en los resultados en esta primera época de la vida. Las posibilidades de recuperación de la articulación en estos pocos años disminuyen en forma muy notable.

Es por eso que se piensa actualmente que el diagnóstico precoz seguido del tratamiento adecuado, es la mejor vía para asegurarse una curación estable y duradera.

Este diagnóstico no siempre es fácil, ya que los signos clínicos de la displasia son discretos habitualmente; sin embargo, las propias madres de estos niños nos facilitarán la orientación, con sus consultas respecto a posición de los miembros inferiores, diferencias de longitud de éstos o crépi-

tos articulares, que creen haber notado, en sus hijos que no andan todavía.

Nunca nos contentaremos con nuestro examen del paciente para dar una respuesta definitiva, sino que siempre buscaremos el apoyo sólido de una radiografía de caderas. En los casos dudosos, y no lo creemos exagerado, tomaremos otro control al cabo de algunos meses.

Controlar los resultados de un tratamiento significa siempre algo difícil. En la gran mayoría de los casos el enfermo tratado se considera sano apenas los síntomas que lo llevan al médico desaparecen, y cualquiera molestia que posteriormente se produzca, se considera como un fracaso, como algo que autoriza a no volver al centro donde fué atendido. Este desgraciado error podría evitarse con la aclaración expresa a los familiares de estos enfermos que, siendo la luxación congénita de la cadera una enfermedad del desarrollo óseo, debe ser controlada durante toda la época del crecimiento. Dicho en otra forma, que el resultado final, o al menos estable, se viene a obtener y apreciar años después de efectuado el tratamiento. Mal puede declararse sano un enfermo en este período. Debe advertirse, además, que la vigilancia y control evitan la aparición de sorpresas, ya que en la práctica es frecuente ver que la reparación de la displasia se continúa hasta cierta edad y que en un momento dado ésta vuelve a manifestarse bajo un aspecto de una detención de crecimiento del cótilo, resultando al final, una cadera insuficientemente reparada. Debe destacarse que este proceso es mucho más frecuente en los sujetos sometidos a tratamiento en el final del período ya señalado que a su comienzo, y que se hace especialmente notable durante la pubertad.

¿En qué proporción influyen en el empeoramiento de los resultados últimos, los procesos de epifisiólisis post-reduccionales? Es difícil decirlo. Sólo podemos constatar que algunos de ellos son capaces de dejar una cabeza femoral completamente destruída y alterada en su forma. Ignoramos las causas que los producen. Sabemos de cierto que en las luxaciones congénitas no tratadas estas alteraciones de los núcleos epifisarios no aparecen. Además, en la cadera sana, en los enfermos unilaterales, que también se inmoviliza, tampoco se observan. Todos hemos constatado que no hay relación entre su aparición y la edad en que se aplica el tratamiento, ya que aparecen indistintamente en preluxados o en luxados de más edad. Constituyen estos procesos un capítulo abierto en el estudio de las displasias congénitas de la cadera.

Es para nosotros importante el papel que juega la an-
teversión anormal del fémur, que persiste a pesar de un tra-
tamiento ortopédico correctamente efectuado, creemos que es
uno de los más decisivos factores en las relajaciones tardías
de la cadera.

Son éstas las causas que actualmente estimamos influ-
yen principalmente en la obtención de resultados malos o
regulares.

Valdría la pena a la inversa, preguntarse qué porcenta-
jes de los buenos resultados que todos hemos obtenido en
los enfermos preluxados, corresponden a las pseudo luxacio-
nes congénitas, o sea, aquellos sujetos que clínicamente pre-
sentan en sus primeros años algunos signos clínicos de pre-
luxación, pero que posiblemente corresponden a discretos
defectos articulares, que evolucionan benignamente sin nin-
gún tratamiento. Que estas pseudoluxaciones pertenecen a este
grupo de displasias, no nos cabe duda, los hemos encontrado
en familias, donde, por otra parte, hemos observado ge-
nuinas luxaciones congénitas.

Intencionalmente no nos vamos a referir a los medios
quirúrgicos de tratamiento, ya que nuestra experiencia no
es digna de ser considerada por ahora. Los casos sometidos a
él con un período de observación suficiente, sólo forman
un pequeño conjunto.

Se basa esta comunicación en aquellos enfermos trata-
dos que tienen un período de observación, que va desde los
cinco años a los veinticinco. No pretendiendo igualar el
valor de la observación de unos y de otros, sino que creemos
que cinco años de observación permiten dar algunas nocio-
nes sobre el futuro de esas articulaciones. Reconociendo,
además, que corresponde a la época de la pubertad, la fase
más peligrosa para estos enfermos, en la cual muchos resul-
tados dudosos se transforman en francamente regulares o en
malos.

Forman este conjunto 49 enfermos tratados por méto-
dos cerrados, ortopédicos. Ya sea el clásico de Paci y Lorenz
(la mayoría) o cualquiera de los que hemos usado en los
preluxados. Para su estudio los hemos clasificado así, según
el tiempo transcurrido desde su reducción:

Hasta de 5 años de observación	15 casos
De 6 a 10 años	25 casos
De 11 a 20 años	6 casos
De más de 20 años	3 casos

Sus resultados los hemos dividido entre resultados anatómicos, es decir, radiográficos, que constituyen la base para apreciar el estado de la articulación e informarnos sobre su futuro probable; y resultados funcionales.

El criterio con que se examinaron las radiografías fué el que sigue: Estimamos como buenos aquellos casos que presentaban una cabeza femoral, aproximadamente normal o normal, contenida en sus dos tercios por lo menos, dentro de un cótilo de forma y orientación normales. Dimos por dudosos o regulares, aquellos casos en que la apreciación no pudo ser exacta. Clasificamos como malos: a) las luxaciones tardías totales; b) las caderas reducidas, pero con alteraciones en la forma de la epífisis femoral; c) las caderas reducidas, en que el apoyo cotiloideo a la cabeza del fémur era menor de los $2/3$ de ésta (sub-luxados); d) las caderas reducidas, con epífisis femoral normal, pero con cótilos de forma u orientación anormales.

Esta calificación se hizo para cada cadera en particular en aquellos casos en que la lesión era bilateral.

En la apreciación de los resultados funcionales de estos enfermos, hubo que distinguir algunos síntomas que presentaron los del primer grupo (enfermos con cinco años de evolución), ya que no fueron permanentes; es decir, hacemos específica diferencia entre aquellos síntomas pasajeros, que corresponden al período de adaptación articular y aquellos que son estables y constituyen secuelas de la deformidad.

Los enfermos que presentaron dolor o cansancio o ambos a la vez, fueron clasificados como "malos resultados", ya que puede estimarse que el suprimirlos constituye el principal móvil que los lleva a tratarse. No pueden igualarse en significación al Trendelenburg o al acortamiento, aunque suelen unirse unos y otros. Aquí los casos bilaterales, como es usual, reciben sólo una calificación, que corresponde al lado en que se obtuvieron peores resultados.

Resultados radiográficos (expresados por caderas).

	Buenos	Regulares	Malos
Enfermos con 5 años de observación	14	4	4
De 5 a 10 años de observación	13	8	12
De 10 a 20 años de observación	8	—	5
Más de 20 años de observación	3	—	1

Resultados clínicos y funcionales (expresados por enfermo).

	Buenos	Regulares	Malos
Enfermos con 5 años de observación	11	—	4
De 5 a 10 años de observación	16	—	8
De 10 a 20 años de observación	4	2	1
Más de 20 años de observación	1	1	1