

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LAS DISPLASIAS CONGENITAS DE LA CADERA

Por el Dr. EUGENIO DIAZ BORDEU

Hospital Roberto del Rio. Servicio del Prof. Amulfo Jobow.

La revisión de los resultados de los tratamientos en las luxaciones y subluxaciones congénitas de la cadera, efectuada en el Servicio de Ortopedia del Hospital Roberto del Rio, nos ha sugerido algunos comentarios que creemos de interés pediátrico.

Pudimos controlar 317 enfermos. La evolución del post-operatorio alcanzó en ellos de 2 a 39 años.

Un primer hecho, posiblemente fundamental, llamó la atención: de 25 enfermos sometidos a tratamiento antes del año de edad, mostraron un resultado perfecto a los 10 años después, 24 de ellos.

En cambio, de 64 niños de 1 a 2 años de edad, considerados en un plazo igual de evolución, los resultados perfectos aparecieron sólo en 46.

Esta considerable diferencia en la calidad de resultados, con métodos de tratamiento que sólo difieren en la forma, pero que en el fondo son idénticos, si bien plantean problemas de índole teórica sobre cuál sería la causa de ella, nos están diciendo claramente que:

No es lo mismo someter a tratamiento a un displásico congénito de la cadera, antes del año de edad, que después de él. De lo expuesto puede deducirse que no podemos esperar que el enfermo inicie los primeros pasos y sea la claudicación la que nos entregue el diagnóstico.

El examen de nuestro material clínico nos permitió afirmar que en muchos casos este diagnóstico precoz en el lactante pudo haberse efectuado. Los datos anamnéticos lo demuestran así:

124 enfermos con displasia congénita de la cadera nacieron en alguna maternidad.

En 1 caso se hizo el diagnóstico.

Posteriormente, de estos mismos niños, fueron sometidos a vigilancia y control periódicos, por pediatra, ya sea privadamente o en algunas de las instituciones de atención infantil, 115 de ellos.

En 73 casos, sus madres consultaron al médico expresamente, porque notaron un signo clínico de sospecha de una displasia congénita de la cadera y las respuestas que recibieron fueron así:

En 34 casos, acertadas.

En 39 casos, erróneas.

O sea, que en más de la mitad de estos enfermos que ofrecieron en momento una suficiente posibilidad diagnóstica, ésta no se realizó.

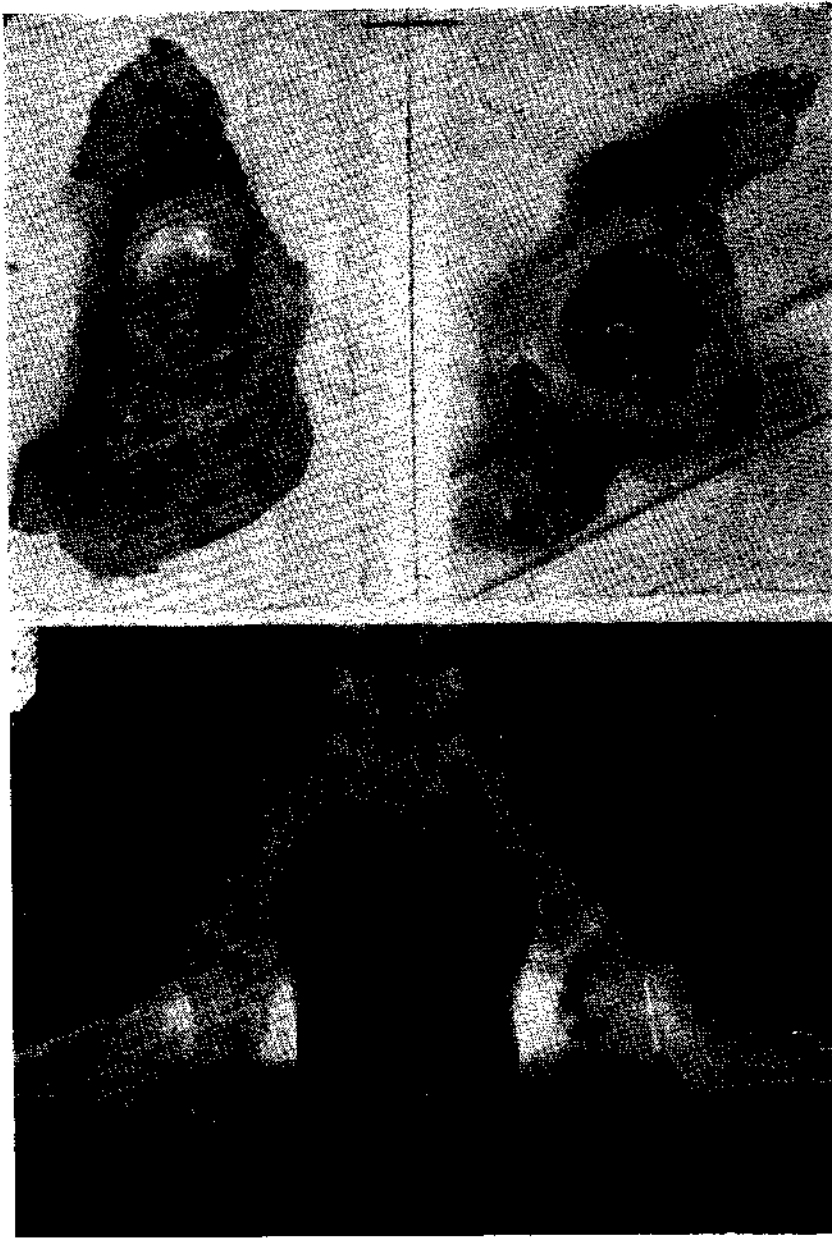
Examinando con más detalles las anamnesis, pudimos ver, en muchos casos de respuesta acertada, que en pocos, se indicó la importancia de someter rápidamente a tratamiento al niño. Es decir, no se consideró la diferencia de los resultados según la edad del enfermo.

Es interesante conocer cuáles fueron los síntomas que llamaron la atención de los familiares de estos niños con más frecuencia. Encontramos los siguientes:

Tendencia de la rotación externa de una extremidad, al colocar al niño desnudo sobre un plano horizontal, en 30 casos.

Acortamiento de un miembro, en 14 casos.

Crépitos y ruidos en la cadera, al hacer el aseo y mover las extremidades, 11 casos.



1.—Enferma de 18 días de edad. Cavidad cotiloidea izquierda vista de frente. El único signo de displasia, demostrable, consiste en el rechazo hacia arriba de la ceja cotiloidea. La figura 2 presenta un cótilo sano de un niño de igual edad.

3.—Enfermo de 3 meses de edad. Pieza anatómica en artrografía con aire. Nótese cómo la cavidad articular izquierda contiene más aire que la derecha, traduciendo así la laxitud capsular. Puede verse también la artrofia y rechazo de la ceja cotiloidea. Compárese la escasa diferencia entre un lado y otro que muestra la porción ósea de la articulación.

Presentaban otro defecto del aparato locomotor, 10 casos.

Había desigualdad (asimetría) de los pliegues de la cara interna del muslo, en 2 casos.

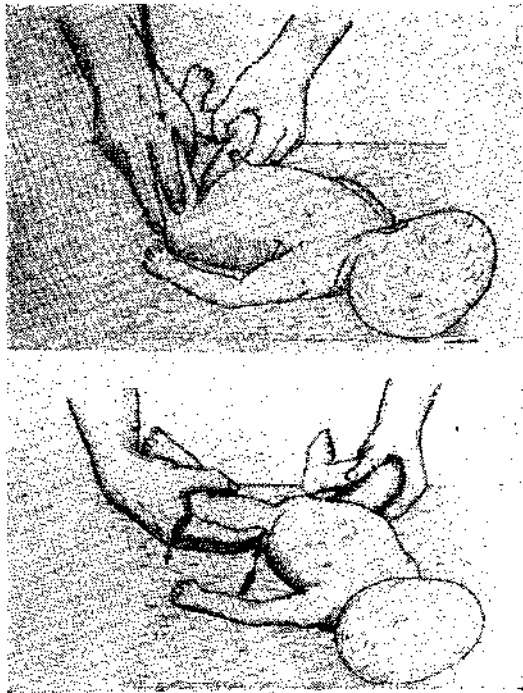


Figura 4: Copia de la lámina original de Calot (1905), quien describió primero este importante signo.

(Arriba: primer tiempo — Abajo: segundo tiempo)

Siendo la displasia de la cadera una afección familiar, y por lo tanto, heredable, debe también tenerse muy en cuenta este dato para facilitar una orientación diagnóstica. Nuestros enfermos nos indicaron al respecto lo siguiente:

Antecedentes de herencia directa o colateral, en 30 %.

Casos múltiples de displasia entre hermanos, 36.

Los antecedentes expuestos demuestran la importancia y la posibilidad de orientar un diagnóstico precoz en el recién nacido y lactante. Veamos la manera de obtenerlo en forma cierta.

La radiografía, para el estudio de la articulación, en los 6 primeros meses

de la vida, es de un valor y precisión muy exiguas. Entre nosotros, los núcleos de osificación de las cabezas femorales aparecen casi al final de este plazo. Cualquiera variante en la posición del niño al serle practicado el examen, inducirá a errores o dudas.

El uso de esquemas o mediciones, con un esqueleto tan poco osificado, no ofrece ninguna seguridad.

La discreción de las lesiones anatómicas en el displásico menor, hace impracticable la artrografía. Además de otras razones de buen sentido que la desaconsejan.

Sólo nos quedaría la clínica como único medio fácil y positivo para asegurar nuestro diagnóstico.

En el recién nacido, uno de los componentes anatómicos de su lesión en la cadera lo constituye la laxitud de la cápsula articular, ella permite la salida y entrada de la cabeza en el cótilo. Cuando por el crecimiento del niño y otros factores externos, la deformación se agrava, la cabeza femoral permanece fuera de la cavidad cotiloidea en forma estable.

En el examen clínico del enfermo, nosotros aprovechamos este conocimiento, para buscar la sensación táctil, visual y auditiva de la entrada y salida de la cabeza en el cótilo, fenómeno que se acompaña de un resalto más o menos grande.

La constatación de este hecho nos permite, sin mayores exámenes, asegurar la existencia de una displasia congénita de la cadera.

Para ejecutarlo se procede así: colocado el lactante desnudo sobre una mesa, con caderas y rodillas flectadas al ángulo recto, empuñamos las rodillas con ambas manos, apoyando los pulgares sobre las caras internas de los muslos; los demás dedos sobre las caras externas. Al hacer presión hacia adentro con los pulpejos hacia afuera con los pulgares, en forma alternada, podremos percibir claramente el resalto descrito, a veces se oye el crépito. En ocasiones se ve claramente cómo el muslo se acor-

ta al saltar la cabeza afuera. El tacto nos hace sentir la sensación de resalto del paso de la ceja cotiloidea.

Requisito previo indispensable, es un niño relajado, tranquilo; fácil de obtener con la ayuda de una mamadera de agua o un chupete.

La seguridad de este signo clínico ha sido entre nuestros enfermos como sigue:

- 100 % en los menores de 6 meses.
- 75 % entre los 6 meses y 1 año de edad.
- 50 % en los mayores de 1 año.

Persistió positivo en un 30 % de los enfermos, hasta los 2 años de edad.

La positividad de este signo, al permitirnos asegurar la existencia del defecto congénito, nos obliga a imponer, hasta donde nos corresponde, la iniciación del tratamiento adecuado. Este, al ser realizado en el recién nacido y lactante menor, tiene de simple el que sólo exige el mantenimiento de una posición de abducción, relativamente a permanencia.

La posición se consigue fácilmente al hacer vestir al niño con sus pañales entre las piernas, maniobra que cualquiera madre cuidadosa es capaz de realizar. Se suele agregar una pelota blanda de lana o algodón, forrada en tejido impermeable, sobre la cual "se monta a caballo" al niño; ella nos ayudará eficazmente a mantener la abducción deseada. Con su uso, durante 6 a 8 meses más o menos, según el control periódico, daremos por terminado el tratamiento.

Habremos ahorrado así anestesia, maniobras de reducción, inmovilización

con yeso y, además, asegurado un óptimo porvenir a nuestro enfermo.

Sumario.

Estudia 317 enfermos con luxaciones y subluxaciones congénitas de la cadera. El pronóstico es mejor si el tratamiento se hace antes del año de edad. Los signos precoces fueron en orden de frecuencia los siguientes: tendencia a la rotación externa de una extremidad, acortamiento de un miembro, crépitos y ruidos en la cadera, otros defectos del aparato locomotor, asimetría de los pliegues de la cara interna del muslo. El diagnóstico en el lactante se hace clínicamente al comprobar la salida y entrada de la cabeza en el cótilo, signo positivo en un 100 % en los lactantes menores de 6 meses con displasia de la cadera. Se describe la técnica de este examen.

Summary.

The author studies 317 children with congenital dislocation of the hip. The prognosis is better if treatment is begun before the year of age. The initial symptoms were in order of frequency the following: tendency to external rotation of an extremity, shortening of a leg, crepitation and noises at the hip joint, other defects congenital of the legs, asymmetry of the inguinal folds. The diagnosis in infancy is a clinical one, established when one can demonstrate the passing of the head over the socket edge of the acetabulum, sign that is 100 % positive in infants under 6 months. The technique of this examination is described.