

MANEJO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

Autor: ¹Mauricio Rivera Bendezú

RESUMEN

Introducción: Se evalúa los resultados del tratamiento cerrado de la luxación displásica de cadera de 80 pacientes y 100 caderas.

Método: Se trato niños entre 12 a 24 meses de edad que concurrieron al Hospital III Yanahuara Es Salud y Clínica San Juan de Dios durante el periodo 2002 al 2007.

Resultados: Se logró la reducción concéntrica y estable en todos los casos excepto en uno grado IV con displasia acetabular persistente a los doce meses de control. No hubo ningún caso de necrosis avascular. Todos los pacientes tuvieron una condición clínica especial que era la hiperlaxitud ligamentaria.

Conclusiones: Consideramos que es posible realizar el tratamiento cerrado de luxación displásica de cadera en pacientes mayores de 12 meses previa MAP y con aparato de yeso contentivo en posición humana.

PALABRAS CLAVE: Displasia del desarrollo de cadera, manejo.

INTRODUCCIÓN

La displasia del desarrollo de la cadera Incluye una serie de anomalías anatómicas que pueden ser congénitas o desarrollarse durante la infancia.⁽¹⁾

Sus variaciones van desde defectos menores como acetábulo aplanado hasta deformidades mayores como la luxación teratológica. Su incidencia es del 0.1% de infantes.

Se piensa que la mitad de las mujeres con osteoartritis de cadera tuvieron una displasia del desarrollo de la cadera que paso desapercibida.⁽²⁾

Su etiología se debe a una Herencia Poligénica asociándose a presentación podálica Hiperlaxitud articular y sexo femenino.⁽³⁾

Anatomopatologicamente se puede encontrar acetábulo aplanado y mal dirigido, fémur proximal en valgo y con ante torsión, inversión del labrum, hipertrofia del pulvinar, estrechamiento capsular en reloj de arena por el tendón del psoas y ligamento de teres alargado.⁽⁴⁾

Las secuelas dependen del grado de displasia inicial, teniendo presente que grandes desplazamientos ocasionan mayores secuelas. La displasia acetabular residual es común inclusive después de una reducción precoz y adecuada.

El diagnóstico precoz es crítico para el pronóstico final y deberá recordarse que postergar el tratamiento determinara deformidades y osteoartritis. Por lo tanto la prevención y el eventual diagnostico deberá empezar desde el nacimiento: todo recién nacido debe ser sometido a la búsqueda de signos de inestabilidad. Se debe usar la técnica de Ortolani y la técnica de Barlow. El examen deberá realizar-

¹Médico cirujano especialista en Traumatología y Ortopedia. Hospital de Yanahuara III EsSalud

se cadera por cadera y en cada control del niño sano teniendo presente que los signos de inestabilidad varían con el tiempo, que la incidencia de inestabilidad declina 50% en la primera semana y que los signos de rigidez y acortamiento aumentan rápidamente.

A si mismo deberá tenerse presente que las luxaciones bilaterales: son más difíciles de identificar

Si la abducción es de 60° o menos en ambas caderas, pida Rx. considerando que las radiografías son confiables entre los 2 a 3 meses de edad: screening IA < 30° Normal. IA 30 a 40° discutible. IA > 40° Anormal.

La Intuición materna: tómela en serio!!! y recuerde que puede haber falla para diagnosticar DDC aun en las manos más expertas.

El manejo de DDC incluye: el diagnostico precoz, la reducción de la luxación, evitar la NAV (NECROSIS AVASCULAR) y la displasia residual.

En el manejo de DDC del RN presta mucha utilidad el Arnés de Pavlick con las siguientes recomendaciones: asegurarse de que sea la talla correcta, establecer un control semanal ya que si en tres semanas no hay mejoría deberá optarse por la reducción cerrada.⁽⁵⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

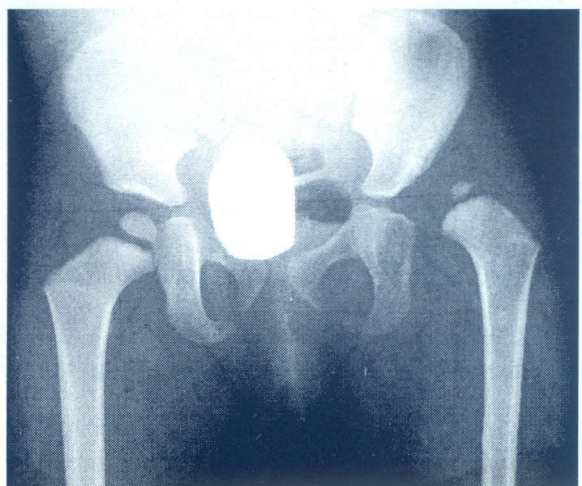
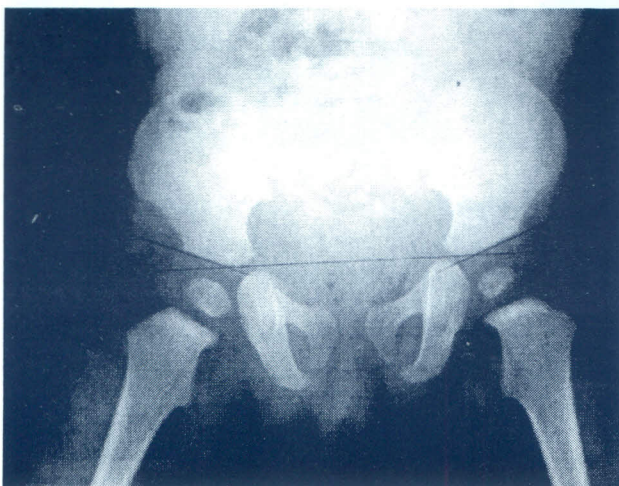
Se evaluaron 80 pacientes y 100 caderas, de niños entre 12 a 24 meses de edad en EsSalud Hospital III Yanahuara y Clínica San Juan de Dios.

Para el presente trabajo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de 12 a 24 meses de edad de ambos sexos
- Que no tuvieron tratamiento previo
- Seguimiento mínimo de 12 meses
- Luxación de cadera grados II y III de Tönnis

En el desarrollo de la investigación se utilizó la clasificación de Tönnis

- Cuando no se cuenta con el ultrasonido
- Grado I: el centro de osificación es medial a la línea vertical de Perkins (cadera normal)
- Grado II: el centro de osificación es lateral a la línea de Perkins pero debajo de la línea horizontal
- Grado III: el centro de osificación está por encima del horizontal y a nivel del acetábulo
- Grado IV: el centro de osificación está por encima del borde del acetábulo



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Abordaje por la vía medial
- MAP: Miotomía de Aductores y Tenotomía del Psoas
- Reducción incruenta
- Yeso en posición humana

Tabla N° 1 Distribución por Edad

EDAD	Nº	%
0 – 6 meses	0	0
7 – 18 meses	70	87.5
18 – 30 meses	10	22.5

Tabla N° 2 Distribución según sexo

SEXO	Nº	%
Sexo Femenino	75	93.3
Sexo Masculino	5	6.7

Tabla N° 3 Grado de Luxación: Clasificación de Tönnis

GRADO	Nº	%
Grado I	0 caderas	0
Grado II	10 caderas	10
Grado III	85 caderas	85
Grado IV	5 caderas	5
Total	100 caderas	100

**RESULTADOS**

- Se logró la reducción concéntrica y estable en todos los casos excepto en uno grado IV con displasia acetabular persistente a los doce meses de control. No hubo ningún caso de necrosis avascular.
- Todos los pacientes tuvieron una condición clínica especial que era la hiperlaxitud ligamentaria.

DISCUSIÓN

- Entre los 12 a 24 meses de edad se prefiere realizar reducción cruenta de la luxación: cambios adaptativos, pero podrían ser superados por el fenómeno de Severin en el caso de una reducción ortopédica.
- El descenso de la cadera equilibra la balanza de Pawells si previamente se eliminan los factores luxantes: MAP
- El centraje se logra por manipulación y puede lograrse por el fenómeno de Severin (1950): "En una mayoría de niños de 1 a 3 años no se obtiene la reducción concéntrica inmediatamente después de la manipulación, debido a que las superficies articulares han estado fuera de contacto y requieren tiempo para una adaptación perfecta" (abocamiento).

CONCLUSIONES

Consideramos que es posible realizar el tratamiento cerrado de luxación displásica de cadera en pacientes mayores de 12 meses previa MAP y con aparato de yeso contentivo en posición humana.

Lo resaltante en esta evaluación está en que generalmente entre los 12 – 24 meses de edad se hace tratamiento quirúrgico con apertura quirúrgica de la capsula articular (artrotomía), pero siguiendo la tendencia moderna de menor invasividad se plantea ampliar a estas edades un tratamiento de menor agresividad y sin complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Se debe clasificar a los pacientes según edad, malformaciones anexas, grado de luxación, luxación alta precoz.
- Diagnóstico precoz: Rx de pelvis AP entre los 2 a 4 meses de edad.
- Reducción incruenta previo MAP, verificación radiológica inmediata, sino se logra la reducción concéntrica se procede a reducción abierta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Clínica de Displasia Luxante de Caderas. Ministerio de Salud de Chile. 2008
2. Killian G, Hoffman EB. "One stage treatment of Congenital dislocation of the hip in older children. J. Bone Joint Surg. Br 1997: 793(45):444
3. Sierra Fernandez Luis. Luxación Congénita de la cadera. Ed LIMUSA Mx. D.F. 1992
4. Staheli Lynn T. Development Hip Dysplasia in Practice of Pediatric Orthopedics. Ed. Marban 2006
5. Tachdjian, M.D Mihran. Medial Adductor Approach for open Reduction of the Congenital hip dysplasia. in Pediatric Orthopedic Surgery Vol I WB Saunders Co 1994.