

Diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera

Dres. EDUARDO GROSSO y EDUARDO CURBELO

INTRODUCCION

En la Miodisplasia Congénita de la Cadera (M.C.C.) como en toda enfermedad congénita, el diagnóstico debe hacerse lo más cercano posible al nacimiento.

A este concepto general se agrega el concepto de progresividad de las lesiones anatómicas.

Estas lesiones no se detienen con el nacimiento, sino que progresan en forma inexorable a medida que el tiempo transcurre, pero si se suprime el factor causante las alteraciones óseas regresan.

Como dice el Dr. Bado "el tiempo transcurriendo y el crecimiento actuando" harán que las mismas se tornen irreversibles.

Este tiempo del cual hablamos se debe medir a partir del nacimiento, no en meses sino en semanas.

Toda semana que se pierda en llegar al diagnóstico, irá en detrimento de un tratamiento efectivo y poco agresivo que en definitiva es lo que nos interesa.

Para manejarnos con claridad: el diagnóstico es precoz antes de los 6 meses de edad.

Este límite surge al recordar, que el máximo potencial del crecimiento del lactante ocurre en el primer semestre de vida.

Por lo tanto, un diagnóstico precoz permite un tratamiento correcto actuando en el momento de máximo crecimiento. Con esto logramos obtener los mejores resultados terapéuticos en un período de tiempo relativamente breve y durante el cual el niño está en los brazos de la madre.

En otras palabras, un diagnóstico tardío equivale a una enfermedad de mayor o menor grado de invalidez que el individuo soportará toda la vida.

Un diagnóstico precoz, equivale a un tratamiento de pocos meses y lograr una articulación coxofemoral morfológica y funcionalmente normal para toda la vida

CONCEPTO

El diagnóstico precoz de la M.C.C. es clínico-radiológico, pero fundamentalmente radiológico. La clínica nos alerta, la radiología lo confirma.

La radiografía es fundamental, pero no debemos olvidar que la indicación de hacer una radiografía surge de lo obtenido mediante una detallada anamnesis y de un cuidadoso examen.

DIAGNOSTICO

A) Anamnesis.

En ella no existe nada patognomónico, pero si puede haber elementos de gran valor orientador.

Médicos colaboradores de la Cátedra de Traumatología y Ortopedia.

Trabajo de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina de Montevideo, Prof. Dr. Oscar Guglielmonne y del Instituto de Ortopedia y Traumatología de Montevideo. Director Dr. José L. Bado.

En lo posible con ambos progenitores para poder profundizar en los antecedentes personales y familiares de las dos ramas y así obtener datos que pueden ser muy importantes.

I) Motivo de consulta.

Dos son los motivos de consulta de la madre que se nos ofrecen en la práctica:

1) Tiene dificultad para cambiarle los pañales al no poder separarle bien los muslos.

2) El lactante llora al cambiarle los pañales y hacerle la higiene.

Ambos pueden responder a otras causas, pero frente a ellas estamos obligados a despistar una M.C.C.

II) Antecedentes personales.

A) Embarazo: el interrogatorio habitual y sobre todo insistir en dos cosas que pueden ser causa de embriopatías y/o fetopatías: radiografías y afecciones virósicas en especial rubeola. Insistir si fue de término.

B) Parto: en especial: 1) Presentación. 2) Distocias en general. 3) Sufrimiento fetal perinatal sobre todo cianosis y eritroblastosis.

C) Otras enfermedades congénitas en especial malformaciones y miadisplasias. Insistir sobre: espina bífida y pie bot talo valgo o equino varo.

III) Antecedentes familiares.

1) Antecedentes de M.C.C. de la familia.

2) Antecedentes de otras miadisplasias sobre todo: escoliosis, pie bot y rútila luxable.

3) Antecedentes de otras afecciones de cadera sobre todo artrosis en adultos jóvenes.

4) Antecedentes de otras malformaciones congénitas en la familia.

B) Examen.

Realizar un examen de rutina, poniendo cuidado en la búsqueda de otras malformaciones congénitas.

Buscar con suma atención otras miadisplasias, a saber:

1) Pie bot equino varo o talo valgo.

2) Brevedad del cuadriceps.

3) Torticolis.

4) Estrabismo.

5) Escoliosis.

En cuanto al examen de las caderas, de todos los signos descritos vamos a destacar dos de ellos: la limitación de la abducción (L.ABD) y el signo del resalto o chasquido de Ortolani.

Esta actitud está fundamentada por las siguientes razones:

1) A través de los años, demostraron estar presentes en el mayor porcentaje de casos de M.C.C.

2) Son los más fidedignos.

3) Se buscan con maniobras semiológicas simples.

4) Son de fácil objetivación.

PATOLOGÍA DE LA CADERA

Por lo tanto no es necesario ser ortopedista para tener la obligación de buscarlos en todo examen de un lactante.

Límitación de la abducción.

¿Cómo se busca? Lactante desnudo, sobre una mesa de examen dura, tratando de que se encuentre tranquilo para evitar la hipertrofia por defensa.

En decúbito dorsal con caderas y rodillas flexionadas en 90°, muslos juntos; el médico de frente al niño toma las rodillas con ambas manos de modo que el pulgar quede en cara interna de muslo, palma de mano sobre cara anterior de rodilla y los cuatro últimos dedos sobre cara externa de muslo.

Acto seguido, se separan ambas rodillas suavemente tratando de llegar a contactar ambas manos con su dorso, sobre la mesa de examen.

Tomando siempre como 0° la vertical, se llega en un niño normal, habitualmente alrededor de los 80° en cada uno de los miembros.

Hablamos de L.ABD cuando la excursión es de 45° o menos.

El signo es válido, ya sea éste uni o bilateral. No obstante, el valor que cobra si es unilateral es mucho mayor.

En toda M.C.C. aún en sus formas mínimas está presente una L.ABD.

Este hecho nos demuestra su enorme importancia para el diagnóstico precoz.

Sabemos que no toda L.ABD es una M.C.C. No obstante desde el punto de vista práctico, frente a una L.ABD debemos pensar en la M.C.C. y tomar una radiografía.

Signo del resalto de Ortolani.

¿Cómo se busca? Posición del lactante y del médico igual que para la búsqueda de la L.ABD. Mientras se separan las rodillas se efectúa una ligera tracción en la dirección de la diáfisis femoral. Súbitamente del lado luxado tiene lugar un resalto (palpable-visible-audible).

Esto quiere expresar que la luxación se reduce; inmediatamente disminuye la L.ABD. Es el signo de entrada. En algunos casos, al realizar la maniobra inversa aparece un nuevo resalto. Es el signo de salida de Ortolani.

La enorme importancia del signo de Ortolani se debe a que es patognomónico de la M.C.C. con luxación y a su aparición desde los primeros días del nacimiento.

Insistimos: un Ortolani positivo es igual a una M.C.C. con luxación (ver foto 5).

Su ausencia, no descarta la M.C.C. Por lo tanto, en toda M.C.C. tiene un Ortolani. Más aún, la gran mayoría de las formas mínimas de M.C.C. que son las más frecuentes no tienen el signo de Ortolani.

Aquí aparece nuevamente, con todo su enorme valor diagnóstico, en la gran mayoría de los casos la L.ABD.

En suma, el signo de Ortolani, es patognomónico pero aparece con mucho menos frecuencia que la L.ABD.

C) Radiología..

Es el único examen complementario de utilidad, en el diagnóstico y en el control evolutivo de la afección.

Se trata de una radiografía simple de pelvis tomada de frente para ver caderas. (Ver Figs. 1A y 2.)

I) ¿Cómo se hace esta radiografía?

Lo más importante es el buen centrado radiológico y la pelvis perfectamente nivelada en los tres planos del espacio.

Esto lo logramos de la siguiente manera:

1) Lactante en decúbito dorsal, EIAS al cenit, la línea longitudinal que las une perpendicular al eje del cuerpo. Miembros inferiores extendidos paralelos al eje del cuerpo y rótulas al cenit.

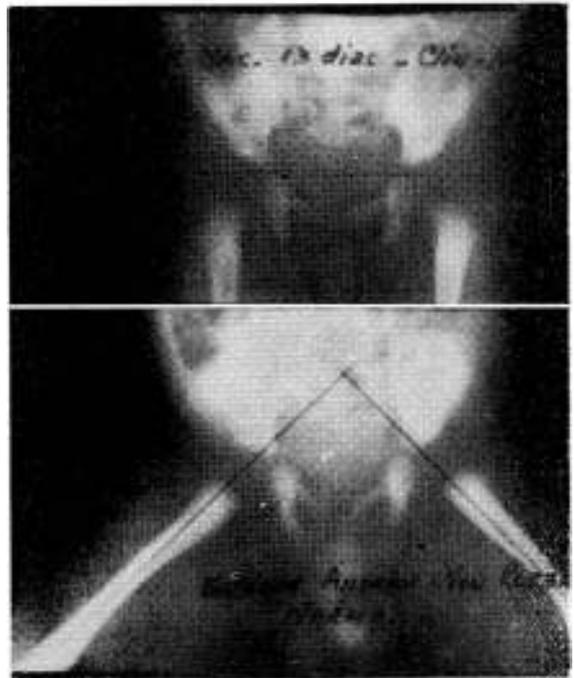


FIG. 1A.—Radiografía normal de un recién nacido con la técnica que describimos. B: enfoque de Andren-Von Rosen para centrado de las epífisis del mismo caso.



FIG. 3.—Radiografía normal que muestra la medida del ángulo del techo, la altura y separación de la metafisis normales.



FIG. 3.—Oblicuidad del techo a izquierda.



FIG. 4.—Techo oblicuo a izquierda

2) Es fundamental que el lactante esté quieto. Esto se logra de modo práctico teniéndolo con hambre, para darle la mamadera en el momento de hacer la radiografía.

3) Foco a 1 metro.

4) Enfocar un par de centímetros sobre el pubis.

Insistimos en detallar estos aspectos, dado las enormes alteraciones y los falsos resultados que se obtienen con radiografía con mínimos errores de centrado.

Otro enfoque que puede ser útil complemento es el Andrén-Von Rosen (ver Fig. 1B).

II) ¿Cuándo pedimos una radiografía?

Desde el punto de vista de la irradiación del lactante no existe contraindicación formal a ninguna edad.

En los casos con L.ABD sin ningún otro elemento, ni en el examen, ni en los antecedentes personales ni familiares (que repetimos son la inmensa mayoría) esperamos a los 3 meses de edad para hacer la radiografía.

Mientras tanto nos guiamos con la L.ABD e iniciamos el tratamiento.

Si vemos al lactante con L.ABD por primera vez entre los 3 y 6 meses de vida, hacemos siempre radiografía.

Pedimos radiografía a cualquier edad, dentro de los 3 primeros meses en las siguientes situaciones:

- 1) Signo de Ortolani presente.
- 2) L.ABD unilateral (recordar que entendemos por L.ABD 45° o menos).
- 3) Hallazgo de otra u otras mi displasias a saber:

- A) Pie bot.
- B) Torticolis
- C) Escoliosis.
- D) Estrabismo.
- E) Artrogrifosis.

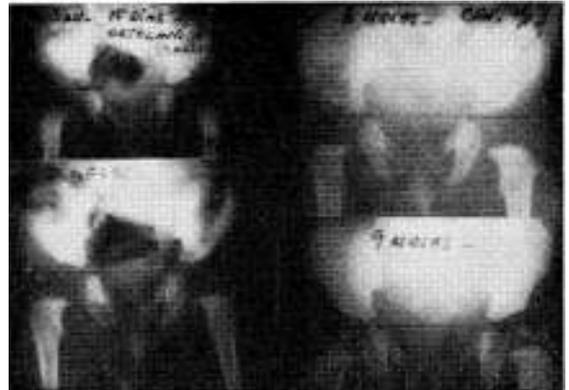


FIG. 5.—Recién nacido con Ortolani bilateral tratado con férula de Frejka y con control radiológico normal desde los 6 meses.



FIG. 6.—Recién nacido con luxación bilateral donde se aprecia en forma por supuesto notable la elevación de las metáfisis.



FIG. 7.—Lactante con pie bot bilateral que en una radiografía obtenida a los 3 meses se encontró una M.C.C. con luxación.



FIG. 8.—Cinco meses de edad y recién se hizo diagnóstico de M.C.C. con luxación bilateral. Debemos evitar por todos los medios de hacer un diagnóstico tan tardío.

- 4) Espina bifida.
- 5) Parto de nalgas
- 6) Distocias en general.
- 7) Sufrimiento fetal perinatal: sobre todo cianosis y eritroblastosis.
- 8) Antecedentes familiares floridos de miodisplasias.

III) *¿Qué buscamos en la radiografía y qué valor tiene?*

Los signos radiológicos descritos son múltiples pero les asignamos valor sólo a algunos de ellos:

- 1) Orientación del techo del cotilo.
- 2) Altura de las metafisis.
- 3) Separación de las metafisis.

4) Aparición del núcleo de osificación de la epífisis. Este no tiene mucho valor para el diagnóstico precoz dado que su aparición se considera normal hasta los 9 meses de edad. Cobra valor si está presente porque es un signo de buen pronóstico. En otras palabras: ante la duda de una M.C.C., si aparece el núcleo prácticamente se descarta.

Trazando la línea de Hilgenreiner que une ambos cartílagos en Y buscamos:

1) La orientación del techo del cotilo: en forma práctica se mide el ángulo que forma el techo con la línea de Hilgenreiner. Se considera normal hasta los 30° (ver Figs. 1 y 2). Por encima de este valor hablamos de oblicuidad del techo o cotilo fuyente (ver Figs. 3 y 4). Antes de los dos meses de edad tiene un valor relativo pues puede ser un hecho fisiológico: retardo del crecimiento del techo.

2) La altura de las metafisis con relación a la línea de Hilgenreiner. Normalmente están 1 cm. por debajo de dicha línea (ver Fig. 1A). Buscamos si tienden a acercarse a ella (ver Figs. 6 y 8). Cobra mucho más valor si esto es unilateral (ver Fig. 7).

En cuanto a la separación de las metafisis se busca en relación con el isquión (ver Fig. 5). Cuando se alejan del mismo cobran valor diagnóstico, sobre todo si es unilateral. Puede ser un hecho fisiológico antes del mes de edad.

Cualquiera de estos signos comienza a cobrar valor cuando se encuentran juntos dos o más de ellos. Aislados tienen fundamentalmente valor orientador más que diagnóstico.

RESUMEN

Consideramos como precoz el diagnóstico hecho antes de los 6 meses de edad. Por tres razones fundamentales:

- 1º Porque son lesiones progresivas y así las podemos tratar en etapas iniciales.
- 2º Porque el potencial de crecimiento es tanto mayor cuanto menos la edad.
- 3º Porque hacemos el tratamiento antes del comienzo de la marcha cuando el niño está en brazos de la madre.

El diagnóstico es clínico radiológico. La clínica nos alerta, la radiología lo confirma. La clínica nos alerta a través de una buena anamnesis: antecedentes familiares de displasia de cadera u otras displasias, antecedentes personales, parto de nalga, dificultad de separar los muslos y de un correcto examen que nos muestra otras malformaciones y limitación de la abducción de los muslos o el signo de Ortolani.

La radiología tiene poco valor en los primeros dos meses de vida.

La oblicuidad del techo o la separación de las metafisis puede ser un hecho fisiológico o defecto de técnica.

Ante la menor sospecha clínica se debe tomar una Rx entre el 2º y 6º mes.

La clínica y la radiología nos permite hacer un diagnóstico precoz, y por tanto hacer un tratamiento precoz.

RESUME

Nous considérons comme précoce tout diagnostic établi avant l'âge de six mois. Cela pour trois raisons fondamentales:

- 1º Parce qu'il s'agit de lésions progressives et que nous pouvons ainsi les traiter dans leurs étapes initiales.

2° Parce que le potentiel de croissance est d'autant plus grand que l'âge est moindre.

3° Parce que nous appliquons le traitement avant que l'enfant ne marche, quand il est encore dans les bras de la mère.

Le diagnostic est clinico-radiologique. La clinique nous alerte, la radiologie confirme. La clinique nous alerte grâce à une bonne anamnèse: antécédents familiaux de dysplasie de la hanche, ou autres dysplasies; antécédents individuels, accouchement de fessier, difficulté à séparer les cuisses.

Grâce aussi à un examen correct qui nous révèle d'autres malformations et une limitation de l'abduction des cuisses, ou le signe d'Ortolani.

La radiologie est peu concluante dans les premiers mois de la vie.

L'obliquité du toit ou la séparation des métaphyses peuvent être un fait physiologique ou un défaut de technique.

Dans le cas du plus léger soupçon clinique on doit prendre une radiographie, entre les 2ème et 6ème mois.

La clinique et la radiologie nous permettent d'établir un diagnostic précoce et pour autant d'appliquer un traitement également précoce.

SUMMARY

Diagnosis can be considered "early" when established before the age of six months for the following reasons:

1) Because congenital thigh displacements constitute progressive lesions and consequently can be treated in the early stages.

2) Because the younger the patient, the faster the growth potential.

3) Because thus it is possible to start treatment before the child begins to walk.

Diagnosis is established through clinic and radiology. Clinic alerts us, X-rays confirm it. Clinic alerts us through good anamnesis —family history with respect to thigh or other displasias, personal history, breech deliveries, difficulty in separating muscles— and correct examination which also evidences other malformations and limitation of muscle abduction or Ortolani's sign.

Radiology is of limited value during the first two months. Roof obliquity or methaphyseal separation may be caused by physiological factors or defects in technique.

When faced with the slightest clinical suspicion a radiological study should be performed between the ages of 2 to 6 months.

Clinics and radiology enable us to establish an early diagnosis and start an early treatment.