

# *Incidencia de la Displasia de Cadera Congénita en niños nacidos con presentación pelviana.*

HOSPITAL TERRITORIAL DOCENTE CLÍNICO -QUIRÚRGICO "JULIO M. ARISTEGUI  
VILLAMIL"

Incidencia de la Displasia de Cadera Congénita en niños nacidos con presentación  
pelviana.

Incidence of the Displacement of Congenital Hip in babies born in pelvis  
presentation.

## **AUTORES:**

Dra. Raquel Sandelis González(1)

Dr. Pablo Oquendo Vázquez (2)

Dr. Yovanny Ferrer Lozano (2)

(1) Especialista de 1er Grado Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor.

(2) Especialista de 1er Grado Ortopedia y Traumatología .

## **RESUMEN**

Se estudian 80 pacientes nacidos en Presentación Pelviana(p.p.) en el Hospital Territorial Docente "Julio M. Aristegui" en el período de tiempo comprendido entre el 1ro de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2001, así como un grupo control integrado por igual número de casos nacidos en presentación cefálica. La displasia congénita de cadera (d.c.c) fue 16.3 veces más frecuente en los nacidos en presentación pelviana que en los controles, predominando el sexo femenino (82.7%), la raza blanca (90.4%). Se recogieron antecedentes de d.c.c. en las familias de 6 pacientes (11.5%). y en los primogénitos (65.4%). La lesión predominante fue la subluxación unilateral izquierda con asimetría de pliegues y Signo de Shenton en la evaluación radiográfica. Se demuestra que la displasia congénita de cadera es más frecuentes en niños nacidos con presentaciones pelvianas.

## **DESCRIPTORES(DeCS):**

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA/ etiología

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA/epidemiología

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA/radiografía

PRESENTACIÓN DE NALGAS

NIÑO

HUMANO

## **INTRODUCCIÓN**

La displasia congénita de cadera es una entidad caracterizada por el desarrollo anómalo de la articulación de la cadera, acompañada o no de la pérdida de las

relaciones anatómicas normales. De acuerdo con el grado de deslizamiento Álvarez Cambras (1) las clasifica en:

- Grado I : Displasia Congénita de Cadera sin desplazamiento de la cabeza femoral dentro del acetábulo anormal. Mecánica articular deficiente.
- Grado II : Displasia Congénita de Cadera con subluxación de la cabeza femoral.
- Grado III : Displasia Congénita de Cadera con luxación total de la cabeza femoral.



Foto No 1 : Según Barlow el estímulo mecánico de la epífisis logra congruencia y excentricidad en el acetábulo

La etiología de esta afección parece tener una relación multifactorial (2). Es una afección compleja, que afecta a 1 de cada 6 niños y que está distribuida desigualmente en el mundo. En la actualidad se le ha concedido gran importancia a la presentación pelviana (p.p.) de los fetos en la cual las caderas hiperflexionadas con las rodillas parcialmente extendidas por el atrapamiento de los miembros inferiores entre la pared del útero y el cuerpo fetal provoca inmovilidad y pérdida del estímulo mecánico que normalmente ejerce la cabeza femoral sobre el acetábulo. El tratamiento debe ser precoz (3) con el objetivo de que exista el estímulo fisiológico mecánico de la epífisis con el acetábulo para lograr congruencia y excentricidad. (Ver figura No 1) A pesar de que se conoce que el 75 % de las displasias de cadera evolucionan a la curación espontánea sin tratamiento el porcentaje restante lo hace hacia complicaciones que pueden dejar secuelas sino se tratan (4). De ahí la relevancia social de esta entidad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

El universo de nuestro trabajo estuvo concebido por todos los recién nacidos en el período de enero del 2000 a diciembre del 2001 en el Hospital Territorial Docente de Cárdenas. Nuestra muestra la constituyeron 80 niños nacidos en dicho período con presentación pelviana y otro grupo control de 80 niños nacidos con presentación cefálica. Todos con partos eutócicos. El método utilizado para la investigación fue el prospectivo siguiendo los parámetros propuestos por el Programa OPD 2000 para el grupo Materno Infantil. Basándonos en los datos de la Historia Clínica Hospitalaria se acudió al consultorio de los pacientes seleccionados. A todos los casos se les hizo un adecuado examen físico y radiológico diagnosticándose la entidad en estudio según los criterios expuestos por Schott. (2)

El seguimiento del total de la muestra se realizó en consulta externa de Ortopedia de forma mensual por un período mínimo de seis meses y uno máximo que continua en la actualidad. A todos los casos se les realizó su modelo de recolección de datos así como evaluaciones radiológicas en un período de 3 y 6 meses y 9 y 12 si fuera necesario. Los casos diagnosticados con Displasia Congénita de Cadera se les puso esquema de tratamiento con órtesis ortopédicas según el esquema propuesto por Álvarez Cambras(1). Dándose el alta de la investigación cuando no existiesen criterios clínicos y radiológicos de Displasia Congénita de Cadera. Quedaron excluidos aquellos pacientes del grupo patrón que por causas ajenas a la investigación abandonaron el ciclo propuesto de consultas externas eliminándose el número correspondiente a la cifra en el grupo control. Todos los datos fueron recogidos en forma de tablas y gráficos utilizando los software Microsoft Excel y Access para Sistema Windows 98 SE.

## RESULTADOS

Tabla No1

Relación entre presentación y Displasia Congénita de Cadera.

Presentación	Con d.c.c	Sin d.c.c	Total
	No. %	No. %	No. %
Pelviana	49 61.3	31 38.7	80 100
Cefálica	3 3.8	77 96.2	80 100
Total	52 32.5	108 67.5	160 100

Fuente : Historias Clínicas

Predominaron en nuestro estudio los pacientes del sexo femenino (82.7%) y la raza blanca (86.4%).

En nuestro estudio pudimos corroborar que la d.c.c. apareció en el 61.3% de los niños con presentación pelviana mientras que en los controles solo se observó en el 3.8%. Es decir teniendo en cuenta el riesgo relativo puede apreciarse que aproximadamente la d.c.c es 16 veces más frecuente en los niños que nacen en p.p que aquellos que lo hacen en presentación cefálica (ver tabla No 1) .

Tabla No 2

Relación entre paridad y p.p.

No. Partos	Pacientes con p.p	%
I	61	76.3
II	14	17.5
III	5	6.2
Total	52	100

Fuente : Historias clínicas

Tabla No 3

Relación entre paridad y d.c.c

No.	Pacientes	%
<b>Partos con d.c.c</b>		
I	34	65.4
II	14	26.9
III	4	7.7
Total	52	100

Fuente : Historias Clínicas

Según los valores pronósticos en el momento del diagnóstico e inicio del tratamiento pudimos observar que solo se realizó un diagnóstico precoz antes de los 4 meses en el 19.2% del total de casos, este criterio fue aceptable en un 53.8% de la muestra entre 4 y 8 meses y tardía en el 27% restante. El tratamiento temprano evita la aparición de secuelas. La tablas No 2 y 3 muestran la relación que existe entre la p.p. y la d.c.c y el número de partos de las madres observándose que fueron los primogénitos los que presentaron mayor incidencia de p.p y por tanto de d.c.c, esto es atribuido a la mala distensión de la musculatura abdominal que deforma la cavidad uterina en relación anteroposterior dificultando la versión fisiológica del feto.

Tabla No 4

Síntomas y signos según la edad

Síntomas y signos	< de 1 año No %	> = a 1 año No %	Total No %
Asimetría de pliegues	47 100	3 60	50 96.1
Limitación abducción	38 80.9	4 80	42 80.8
Signo Ortolani	13 27.7	3 60	16 30.8
Inestabilidad	- -	5 100	5 9.6
Claudicación	- -	3 60	3 5.7
Retardo de la marcha	- -	2 40	2 3.9
<b>Total</b>	47 100	5 100	52 100

Fuente : Historias Clínicas

En relación a los síntomas y signos más frecuentes de la d.c.c ( ver tabla No 4 ) encontrados según la edad debemos tener en cuenta que estos varían según la severidad de la d.c.c y con la presencia en una o varias caderas. La asimetría de pliegues se encontró en el 100 % de los niños menores de 1 año. Signo que se pierde en el grupo de niños mayores de 1 año donde el síntoma más frecuente fue la inestabilidad manifestado por caídas frecuentes que aparecieron en el 100% de los niños en este grupo de edades con d.c.c. En general el 96.1 % de la muestra con d.c.c presentó asimetría de pliegues lo que demuestra que aunque pueden existir anomalías de los pliegues sin d.c.c ante una asimetría de pliegues deberá pensarse ante todo en esta afección.



Foto No 2: Displasia Congénita Cadera con luxación total de la cabeza femoral

## DISCUSIÓN

La estrecha relación entre la p.p. y la d.c.c. es bien conocida. Estudios imageneológicos (5,6) muestran que el 90% de los fetos se encuentran en p.p. hasta alrededor de las 27 semanas del embarazo. Al madurar la gestación el útero cambia de forma y de una esfera se convierte en un ovoide de extremidad mayor inferior. El feto se adapta a esta nueva forma realizando una versión espontánea y fisiológica. Cualquier factor que lo impida traerá como consecuencia una p.p.. En la p.p. mantenida de los fetos las caderas quedan hiperflexionadas con las rodillas parcialmente extendidas por el atrapamiento de los miembros inferiores entre la pared del útero y el cuerpo fetal provoca inmovilidad y pérdida del estímulo mecánico que normalmente ejerce la cabeza femoral sobre el acetábulo. Al nacer el acetábulo estará displásico, aplanado y la cápsula articular distendida. Diversos autores (7,8) hablan acerca de la mayor incidencia de d.c.c en recién nacidos con p.p. y coinciden con nuestros criterios estadísticos. Según Clegg y Holen (9,10) la d.c.c no es evidente al momento del nacimiento pero comienza manifestarse aproximadamente al primer mes de vida. La pelvis femenina según Jaime (11) presenta características anatómicas que predisponen a la Displasia, además la acción de la hormona progesterona materna que actúa sobre el útero fetal induce a la liberación de relaxina la cual tiene un efecto relajante sobre las estructuras blandas de la cadera. Para Álvarez Cambras (1) el 80.8% de todos los casos presentaron limitación a la abducción y que la maniobra de Ortolani da criterios diagnósticos de peso sin que aparezcan evidencias radiológicas aunque asegura que el signo más frecuente es la asimetría de pliegues coincidiendo con nuestros resultados. Lo que nos confirma que para obtener resultados adecuados y evitar tratamientos penosos de una cadera ya luxada, tenemos que diagnosticar la d.c.c. lo más precozmente posible por signos clínicos al tener en cuenta que la positividad de ellos da una seguridad del 100 % en los diagnósticos y que los signos radiológicos antes de la aparición del núcleo de la cabeza femoral dificultan esta exploración en el recién nacido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cambras R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La Habana: Pueblo y Educación; 1990.
2. Schott P. Developmental dysplasia of the hip and dysplastic dislocation of the hip. Rev bras ortop 2000; 35(1/2): 1-6
3. Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J bone joint surg br 1962; 44:292-301
4. Bialik V. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. Pediatrics 1999; 103:93-9
5. Sánchez PA, Arbeláez WR. Análisis biomecánico de la displasia acetabular en cadera: Tomografía computarizada tridimensional. Rev colomb ortop traumatol 2003; 17(3): 28-43

6. Restrepo N. Diferencias anatómico-radiológicas en caderas con luxación congénita inveterada: estudio comparativo en dos grupos étnicos. Rev colomb ortop traumatol 2000; 14(1): 58-67
7. Riaño E, Estrada J, González JM. Enfermedad del desarrollo de la cadera. Rev cuba ortop traumatol 2000; 14 (1-2): 7
8. Charles J. Homer Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000; 105 (4):43-7
9. Clegg J, Bache CE, Raut VV. Financial justification for routine ultrasound screening of the neonatal hip. J Bone Joint Surg 1999; 81-B: 852-7
10. Holen KJ, Tegnander A, Eik-Nes SH, Terjesen T. The use of ultrasound in determining the initiation in treatment in instability of the hips in neonates. J bone joint surg 1999; 81-B: 846-51
11. Jaime J, Patiño P. Pavlik's braces in the treatment of developmental dysplasia of the hip. Rev soc boliv pediater 2001; 40(2): 42-4.

## **SUMMARY**

There is an study of 80 patients in pelvic presentation (p.p) in the Docent Hospital " Julio M. Aristegui", in a period of time between January 1 st of 2000 and December 31 of 2001 and a control group integrated by the same number of born but in cephalic presentation . The Displacement of Congenitive Hip was 16.3 times more frequent in babies born in pelvic presentation and the female sex has 82.7% and 90.4% were white. They took previous facts of Displacement of Congenitive Hip in families of 6 patients (11.5%) and in the first \_born (65.4%). The main thing was the unilateral subluxation in the left\_handed part with assimetric and Sign of Shenton in the radiographic evaluation. It is shown that the Displacement of Congenitive Hip is more frequent in babies born with pelvic presentation.