

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUXACION  
CONGENITA DE LA CADERA EN NIÑOS  
MENORES DE UN AÑO DE EDAD

JUAN FARILL  
Académico de número

*La Cirugía Ortopédica se inició con la Medicina Ortopédica. Ahora debemos comenzar con la Ortopedia Preventiva.*—R. B. Osgood.

La luxación congénita de la cadera es el padecimiento caracterizado por el desalojamiento de la cabeza femoral de la cavidad cotiloidea. Puede deberse a trastornos embriogénicos, a mala postura intrauterina o a desarrollo defectuoso (displasia) de los estructuras de esa articulación. No es común en México el factor hereditario. Estas deformaciones son unilaterales o bilaterales; y totales (luxación) o parciales (subluxación).

Cerca del 80 por ciento de los casos se presentan en personas del sexo femenino.

Se diagnostica casi siempre hasta que los pacientes presentan retardo en el comienzo de la deambulación y la marcha es claudicante, sea en descenso de escalón (unilateral) o en marcha de pato (bilateral) y para entonces el ortopedista ha perdido el tiempo óptimo para el tratamiento más efectivo, rápido y no sangrante del caso. El diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato, tan cerca del nacimiento como sea posible, son los objetivos ideales para obtener los mejores resultados.

Los partos de nalgas y la presencia de deformaciones congénitas (piebot, hiperextensión de las rodillas, espina bífida oculta, etc.) deben hacer pensar en la posible existencia de la luxación congénita de la cadera.

Tanto el diagnóstico clínico como el radiológico son difíciles de establecer en los niños muy pequeños, y se requiere un ortopedista experimentado para su confirmación; pero el diagnóstico probable puede establecerlo o sospecharlo el obstetra, el pediatra o el médico general. Recuérdese que muchos datos y signos no se hallarán jamás y que el tratamiento debe iniciarse antes de que hagan su aparición.

Existen numerosos signos y datos para investigar este padecimiento.

En este trabajo sólo se describen aquellos que ofrecen más facilidades y probabilidades para su diagnóstico.

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A) *Interrogatorio*: El médico debe averiguar si ha habido casos de luxación congénita de la cadera en la familia y si la madre ha observado en el niño:

1. limitación de la abducción de uno o de ambos muslos;
2. limitación de los movimientos activos de la cadera;
3. asimetría de los labios mayores en las niñas;
4. acortamiento de uno o de ambos muslos que, en los casos graves bilaterales, da la idea de una deformación de aquellos;
5. sensación de salto y chasquido en la cadera al asear o cambiar los pañales al niño;
6. prominencia y elevación de un trocánter mayor con relación al homólogo;
7. ensanchamiento del periné en los casos bilaterales;
8. la existencia de surcos cutáneos más numerosos y profundos en las ingles o en los muslos, en donde el talco o la humedad permanecen en mayor grado.

B) *Exploración física*: es de recomendarse que se le dé alimento al niño durante la exploración a fin de poder efectuarla sin resistencia. Los signos principales que pueden diagnosticarla o hacerla sospechar son los siguientes:

1. *El signo de Ortolani*: es el único patognomónico de este padecimiento, aunque no es constante en el 100 por ciento de los casos. Consiste en la sensación de salto y chasquido que se produce en la cadera cuando el médico, con el niño en decúbito supino, fijando la pelvis con la mano del mismo lado de la cadera por explorar, toma el muslo por su parte anterior con la mano del lado opuesto colocando los últimos dedos sobre el trocánter mayor y el pulgar sobre la parte interna del muslo cerca de la rodilla. Al hacer tracción del muslo, presión hacia adentro del trocánter y abducción de la rodilla, con ésta y la cadera en 90°, se siente y se oye la entrada o la salida de la cabeza femoral en la cavidad acetabular. Es este un signo muy frecuente, fácil de encontrar y de enorme valor cuando es positivo; se presenta desde el primer día de edad. Después de lograrse la reducción de la luxación, la limitación de la abducción desaparece para volverse a presentar al reluxarse (Fig. 1).

2. *La deformación en aducción del muslo:* este segmento se halla limitado en su abducción y no puede llevarse más allá de  $40^\circ$ , mientras que en el lado sano este movimiento llega a  $80^\circ$  (Fig. 1). Es debido al acorta-

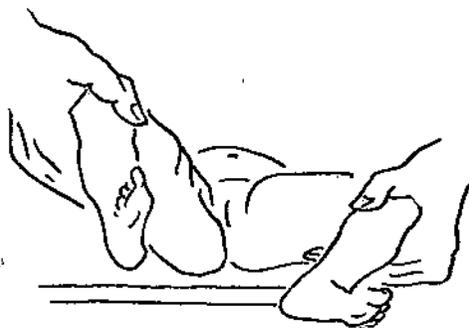


FIG. 1. Limitación de la abducción y posición para buscar el signo de Ortolani, cadera derecha.

miento de la musculatura aductora y no a espasmo o dolor. El resto de los movimientos de la cadera es, no sólo de amplitud normal, sino exagerada. Esta limitación de la abducción es más notable en la subluxación que en la luxación congénita de cadera.

3. *Acortamiento del muslo:* con las caderas en  $90^\circ$  de flexión, adosados los muslos uno a otro y las rodillas en hiperflexión, teniendo cuidado de que ambas regiones glúteas se apoyen igual y simétricamente sobre la mesa,

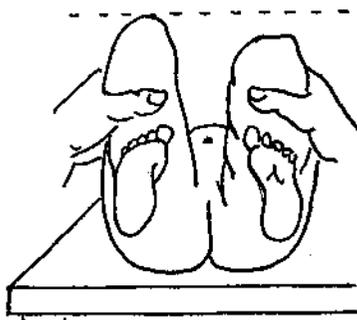


FIG. 2. Acortamiento del muslo izquierdo.

se observa el acortamiento del muslo del lado enfermo en los casos de luxación congénita de la cadera unilateral (Fig. 2).

4. *Rotación externa del miembro inferior:* la tendencia a esta posición es de gran valor para numerosos clínicos.

5. *Telescopiamiento o signo de la bomba*: con las caderas y rodillas en  $90^\circ$  de flexión, se fija con una mano la pelvis mientras que con la otra se impulsa el muslo axialmente hacia la mesa alternando con la tracción zenital de él; en la luxación congénita de la cadera el fémur se desplaza hacia atrás y hacia adelante como pistón de bomba.

6. *Elevación y prominencia del trocánter mayor*: muy notable en la luxación congénita de la cadera, lo es menos o no existe en la subluxación. Si se marcan su vértice y el nivel de la cresta iliaca, en los casos de unilateralidad el signo es evidente.

7. *Asimetría de los surcos cutáneos*: la deformación en aducción y el acortamiento pelvicrural originan el aumento en número de los surcos cu-

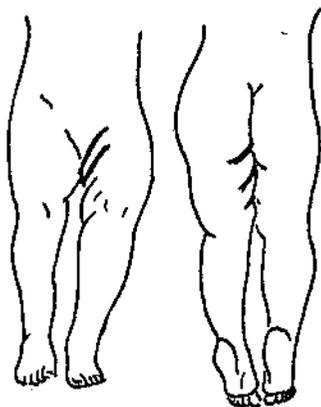


FIG. 3. Surcos cutáneos y pliegues inguinales y glúteos en luxación de la cadera izquierda.

táneos del lado interno de los muslos y la mayor profundidad de los pliegues inguinales y glúteos, que se acercan más a la extremidad cefálica y producen una asimetría de los labios mayores en las niñas. Este signo no es decisivo (Fig. 3).

Con excepción de la deformación en aducción y de la asimetría de los surcos cutáneos, que se presentan también en la subluxación, todos los demás se encuentran claramente sólo en la luxación congénita de la cadera.

Los datos de interrogatorio y los signos encontrados deben hacer sospechar la existencia de este padecimiento, o de la subluxación, aunque el signo de Ortolani sea negativo. La radiografía postpartum ayudará a aclarar la existencia de la luxación. Si fuese negativa, debe recordarse que la displasia luxante de la cadera puede producir la subluxación y más tarde la luxación

y que el único medio de poderla diagnosticar es repitiendo las exploraciones clínica y radiológica cada tres meses.

### DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Es aconsejable tomar dos radiografías ánteroposteriores en la primera semana de vida, antes de que el niño abandone la maternidad, y repetir las cada tres meses mientras comienza a caminar. Para tomarlas es recomenda-

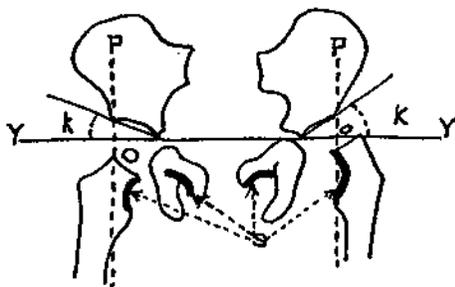


FIG. 4. Esquiagrama mostrando: Y-Y línea de Hilgenreiner; K-K índice acetabular; P-P líneas de Perkins; S- línea de Serman. Nótese la dimensión y sitio de la epífisis femoral izquierda (subluxación).

ble darle su alimento al hacer las exposiciones a fin de mantenerlo quieto. Nunca debe hacerse diagnóstico fluoroscópico.



FIG. 5. Abatimiento de la epífisis femoral con la abducción de la cadera, en la subluxación.

*Posición de los miembros:* inclúyase en las placas la columna lumbar con objeto de diagnosticar cualquier anomalía vertebral congénita. A fin de evitar las quemaduras por rayos X al personal médico y para que el paciente no se resista al sentirse sujeto por un extraño, se recomienda que mientras la madre o un pariente fija la pelvis, otra persona de la familia mantenga la rotación interna máxima que el radiólogo dé a los muslos, fijándolos arriba de las rodillas. En dicha rotación se hace una exposición con las caderas en extensión y los muslos adosados uno al otro. Se toma

otra placa sin modificar la rotación interna, pero en abducción máxima. El niño debe quedar colocado simétricamente durante las exposiciones.

Para el estudio de las radiografías debe tenerse presente que el núcleo de la epífisis femoral superior aparece en las radiografías entre el segundo y el décimo mes de vida y que en la luxación congénita de la cadera y en la displasia hay un retardo en su aparición y se encuentra más pequeño que el opuesto en los casos unilaterales.

La interpretación es difícil y lo es más entre más pequeño sea el niño. Debe recurrirse a un ortopedista o a un radiólogo experimentado en caso de duda.

#### SIGNOS RADIOLÓGICOS PRINCIPALES

Ténganse presentes los siguientes datos diagnósticos:

1. *Línea horizontal de Hilgenreiner*: trácese una recta en la radiografía que una entre sí las zonas claras del fondo de las cavidades coti-



FIG. 6. El cojín de Frejka. Obsérvese que su anchura es igual a la distancia entre las rodillas flexionadas con los muslos en abducción marcada.

loideas, que corresponden al cartilago en "Y". Las epífisis femorales y con mayor razón las metáfisis deben quedar abajo de dicha línea (Fig. 4-YY').

2. *Índice acetabular* (Kleinberg y Liebermann): de la intersección de la línea de Hilgenreiner con el cartilago en "Y", se traza una recta al borde súperexterno del acetábulo. El ángulo formado entre ambas rectas da el índice (Fig. 4-K). Normalmente no debe pasar de 30° al nacer el niño, de 23° al año y de 20° a los dos años. Entre más abierto sea el ángulo, la probabilidad de la luxación será mayor. Excepción: en los prematuros puede ser mayor de 30°.

3. *Línea de Shenton*: normalmente se forma un arco bien continuado entre el borde interno del cuello femoral y el superior del agujero obturador. Este arco se interrumpe en la luxación congénita de la cadera y en la

subluxación (Fig. 4-M). Evítense la aducción y la rotación externa que pueden dar lugar a una falsa interpretación.

4. *La línea vertical de Perkins*: útil sólo cuando han aparecido las epífisis femorales. Se trazan dos perpendiculares a la línea de Hilgenreiner, tangentes al borde externo de las cavidades cotiloideas. Las epífisis femorales deben quedar colocadas en el cuadrante ínfero-interno, formado por estas verticales y por la línea de Hilgenreiner (Fig. 4-P). Los muslos deben estar adosados uno al otro, continuando el eje del cuerpo.

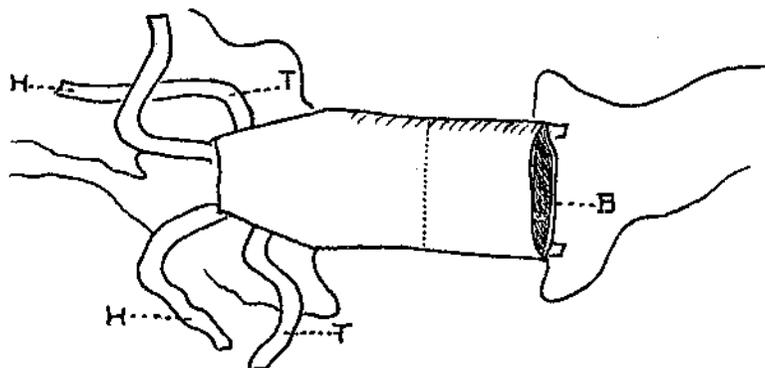


FIG. 7. Croquis del cojín de Frejka. B- bolsa para el relleno; H- tiras para los hombros; T- tiras para el tórax.

5. *Displasia epifisiaria*: el retardo en la aparición y en el desarrollo del núcleo de la epífisis superior del fémur, así como su menor tamaño, señalan el trastorno en su osificación.

6. *Signo de Froelich en la subluxación*: en la radiografía con los muslos en posición neutra, la epífisis femoral aparece alta, sobre el techo cotiloideo oblicuo, mientras que en la placa tomada en abducción máxima el núcleo desciende a su lugar en el acetábulo (Fig. 5).

### TRATAMIENTO

Las dificultades del tratamiento, la necesidad de la vigilancia estricta de él tanto clínica como radiológicamente, y la gravedad del pronóstico, hacen necesaria la recomendación de que aquél sea instituido por un ortopedista siempre que sea posible a fin de aprovechar del mejor modo la oportunidad de la edad del niño. En su defecto, el médico tratante debe prescribir el uso continuo del cojín abductor de Frejka (Figs. 6 y 7), que

puede forrarse de material plástico a fin de conservarlo siempre limpio. Cuidese la piel del niño manteniéndola limpia, seca y bien espolvoreada de talco.

Téngase presente:

1º Que este padecimiento no tiende a curar espontáneamente y sí a agravarse.

2º Que su pronóstico funcional es grave y su tratamiento largo y difícil exigiendo una colaboración estrecha y constante de la familia, del pediatra y del ortopedista.

3º Que el tratamiento tiene más oportunidades de éxito y es menos molesto y complicado mientras más pronto se inicie; y

4º Que no debe intentarse ninguna manipulación ni el empleo de métodos bruscos o de corrección forzada (p. ej., aparatos de yeso) sino por un especialista experimentado.

#### RESUMEN

El doctor Juan Farill propone la edición de folletos de actualización de los conocimientos médicos, por la Academia Nacional de Medicina, para el uso del médico general que no tenga fácil acceso a los centros de especialización.

El primero de tales folletos se refiere al diagnóstico clínico y radiológico, así como al tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

#### SUMMARY

The author proposes the edition of pamphlets bringing up-to-date medical knowledge to the general practitioner who might not have access to specialization centers.

The first of such pamphlets to be issued by the Academia Nacional de Medicina, deals with diagnosis —both clinical and radiological— and treatment of congenital dislocation of the hip.