

SOBRE UN POSIBLE NUEVO SIGNO EN LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA

J. Montilla Bono** - E. Caro Cruz*

Centro de Diagnóstico
y Tratamiento de la S.S., Jaén

Director: *Dr. J. López Medina*
Jefe de Servicio: *Dr. Esteban Velasco*

Cuando hace ya algunos años empezamos a manejar el signo, que hoy nos decidimos a exponer a la consideración de ustedes, creemos que el problema y la actitud frente a la luxación congénita de cadera era muy diferente.

Hoy un porcentaje muy elevado de partos se realizan en clínicas especializadas, donde el niño, atendido por Servicios de Neonatología, es ampliamente explorado, y concretamente el neonatólogo es tan experto y está tan mentalizado hacia estos problemas, que honestamente pensamos que nuestro trabajo ha perdido una buena parte de su interés.

Eran los tiempos en que el pediatra general tenía que buscar la posibilidad de una L.C. de C. en lactantes de primero, segundo o tercer trimestre, eso, cuando no eran los padres los que nos llamaban la atención porque el niño, a los 18 meses, andaba con extrema dificultad.

La precocidad en el diagnóstico de la L.C. de C. es, sin duda, un índice seguro de la situación y del desarrollo de los Servicios de Neonatología en un país. Y en este sentido el cambio en nuestra provincia ha sido impresionante. En cinco años el diagnóstico ha pasado, casi sin transición, de un diagnóstico tardío, al iniciarse la marcha del niño, a un diagnóstico de la primera semana.

** Jefe Clínico Medicina Infantil.

* Médico Adjunto Medicina Infantil.

Es un motivo de satisfacción y de felicitación a quienes corresponde la responsabilidad y la organización de la neonatología en Jaén, y un motivo, para que este trabajo fuera al cesto de los papeles ya inútiles.

Si nos decidimos a su publicación es quizás por nostalgia al recuerdo de una época muy próxima en lo cronológico, pero muy lejana en lo técnico y práctico, y quizás también porque no faltan áreas en que el niño no nace en clínicas especializadas, y todavía para un reducido tanto por ciento de niños, y en consecuencia de pediatras, la L.C. de C. puede ser un diagnóstico inesperado a descubrir en momento que todavía permitan un tratamiento sencillo y eficaz.

Para resaltar la importancia del tema veamos algo de su

CASUÍSTICA

- VAN ROSE, entre 24.000 recién nacidos en Malmo, la frecuencia alcanzó el 1'7 por 1.000.
 - BARLOW sitúa su frecuencia alrededor de 1'55 por 1.000 en Inglaterra.
 - PRAY, en tres años y medio de trabajo, diagnosticó 35 casos, lo que representa un 0'7 por 1.000.
 - En España, en algunas casuísticas, se han detectado hasta un 3'5 por 1.000. Frecuencia, sin duda, importante, y si a ello unimos las repercusiones que supone el diagnóstico tardío, podremos sopesar el interés del problema de la L. C.
-

HISTORIA

Si queremos comprender toda la trascendencia y consecuencias que ha aportado el descubrimiento de ORTOLANI, bastará echar un vistazo retrospectivo.

Sólo unos decenios atrás y estaremos en los años en que LORENZ consideraba que la L. C. era un proceso *adquirido* en los primeros años de la vida como consecuencia de la carga y la tracción muscular, aunque con una base congénita.

Son los años en que se leía y se decía: «*No existe motivo que justifique el que la reducción se haga en el lactante, aparte de que es raro*»

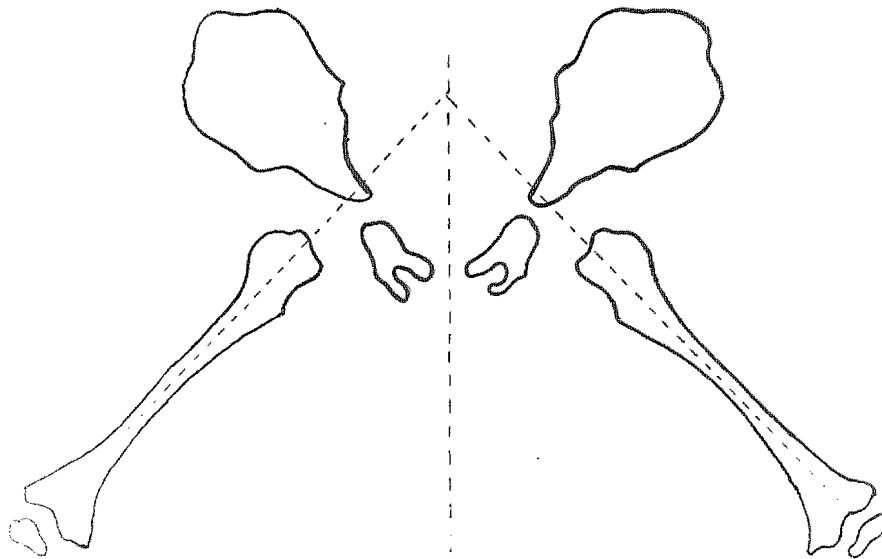


Fig. 1

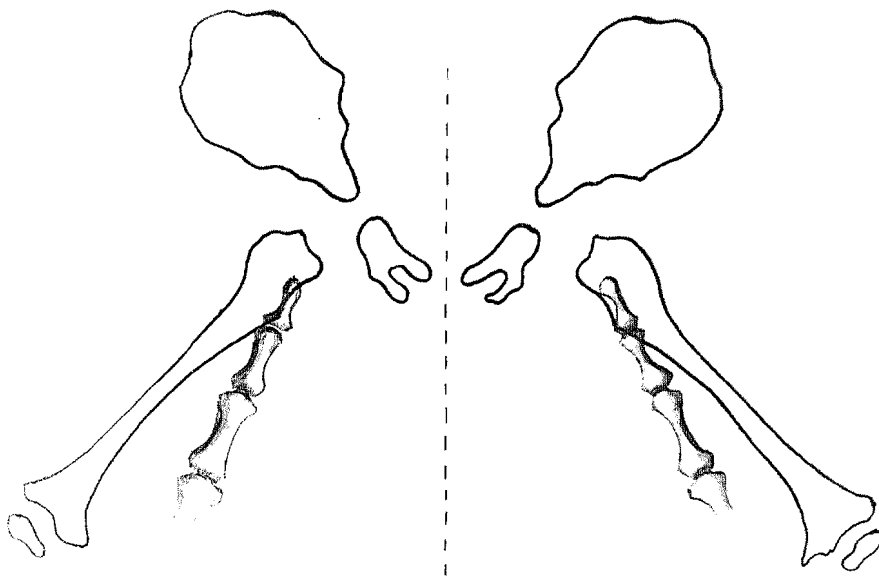


Fig. 2

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

que se fije el diagnóstico en niños tan pequeños. Una vez que el niño comienza a andar y se mantiene limpio ya no hay motivo para retrasar la intervención». Y aún se añadía: «La edad más favorable sería del año y medio a los tres años».

Eran también los años del signo de TREDELENBURG...

Eran los años en que la *lordosis lumbar* aún tenía valor diagnóstico y aun así y todo, en la formas unilaterales sólo quedaba un 30 por 100 de cojeras permanentes, mientras que en las bilaterales los malos resultados alcanzaban el 80 por 100.

Y aun en una mirada más retrospectiva, «pero no lejana», nos encontraríamos con aquellos adultos que invariablemente arrastrarían su minusvalía toda una vida, como exponente de una época y de una técnica.

Aunque en la literatura germana se cita que ya en el año 1864, WILHELM ROSER, desencadenaba la preluxación manualmente, fue ORTOLANI, en 1936, el que, al descubrir el *fenómeno del resorte*, abriría horizontes nuevos a este problema.

La gran aportación del pediatra italiano tendría consecuencias inmediatas: primero *conceptuales*, surgiendo enseguida el criterio de *cadera luxable* o el riesgo de luxación, y, segundo, la *actitud terapéutica* va a experimentar un cambio notabilísimo, lo que no quiere decir, en absoluto, que se arrinconen las viejas técnicas, pero sí podrán quedar relegadas para los lactantes diagnosticado tardíamente. Tampoco va a impedir el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas: osteotomías, cuñas variantes, plastias, etc., pero eso sí, para los casos aquellos que aún se diagnostican muy tardíamente.

La *aportación pediátrica*, no ha hecho otra cosa que *anticiparse*, como ahora sucede en tantos aspectos de la vida, incluso en el deportivo, creando una situación nueva.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Y frente a este irrevocable hecho tenía que surgir también una situación revolucionaria y, por ende, dentro de criterios asimismo revolucionarios en otro campo: *el de la Ortopedia*.

Surge así el *pantalón abductor* de VAN ROSEN o de BARLOW, *arnés de cadera*, de DENIS-BROWNE o el *vendaje de PAVLIK*, que aprovechando los movimientos espontáneos y el pataleo del niño cuando éste se realiza en una actitud de flexión, abducción y rotación externa, logran un *remodelado activo* de la cavidad cotiloidea, dando origen así a una *terapéutica mecánico funcional* que más recuerda al de la *moderna rehabilitación* que al convencional yeso pelviano en abducción.

Pero ello llevaría implícito el *diagnóstico rápido, preciso y precoz*, hallazgo que va a corresponder exclusivamente al pediatra.

Volvamos de nuevo a datos históricos para centrar la situación actual: Según HOHMANN, en las décadas del 50 *escasamente* un 12 por 100 de los niños fueron tratados precozmente.

Pero ya en el año 1971, en Hamburgo, habían invertido la situación y sólo un 12 por 100 fue diagnosticado tardíamente, haciendo hincapié que de ellos un crecido número lo fue en el período neonatal.

No obstante, en el territorio del Sarre, y en el año 1969, la edad media fue aún de dos años (LENTHE).

PRAY, por otra parte, que tanto ha contribuido al tratamiento precoz en sus 35 casos, sólo 3 fueron diagnosticados al mes y 10 a las seis semanas. El mismo BERNBECK, de Hamburgo, afirma que sus propios conocimientos los adquirió por el año 1956, trabajando con HOHMANN y, añade, con palabras textuales, «que la técnica para la exploración y valoración crítica no es dominada todavía, en la actualidad, más que por unos pocos médicos que poseen para ello la suficiente experiencia manual diagnóstica».

No creemos, totalmente, estar de acuerdo con estas palabras de BERNBECK, aunque hace muy poco las hemos leído en una de sus recientes publicaciones, pero las hemos recogido intencionadamente, pensando que es muy jugoso cuanto podríamos sacar de ellas.

Pensamos que si analizamos la actitud del pediatra frente a la L. C. quizás pudieran destacarse dos áreas: una, en la que en cierto sentido y en cierta medida muy condicionada por diversos medios pediátricos regionales y nacionales, probablemente los hechos pueden ser así. De la obra de LLOYD ROBERT recogemos la siguiente frase que parece reflejar la situación del problema en Inglaterra y que, en cierto sentido, daría la razón a BERNBECK: «*En el The Hospital for sick Children, de Londres, están viéndose tantos casos de L. C., que requieren hospitalización, como hace cinco años*».

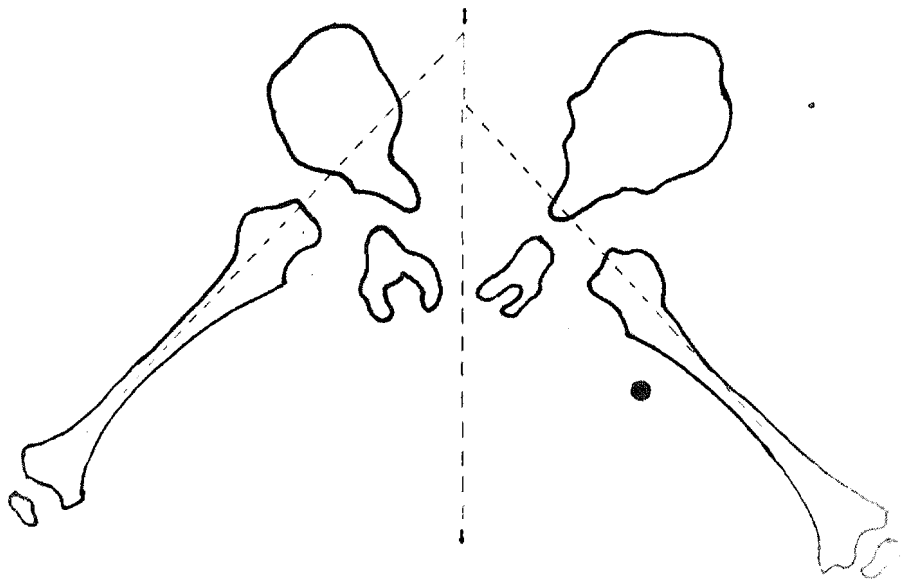


Fig. 3

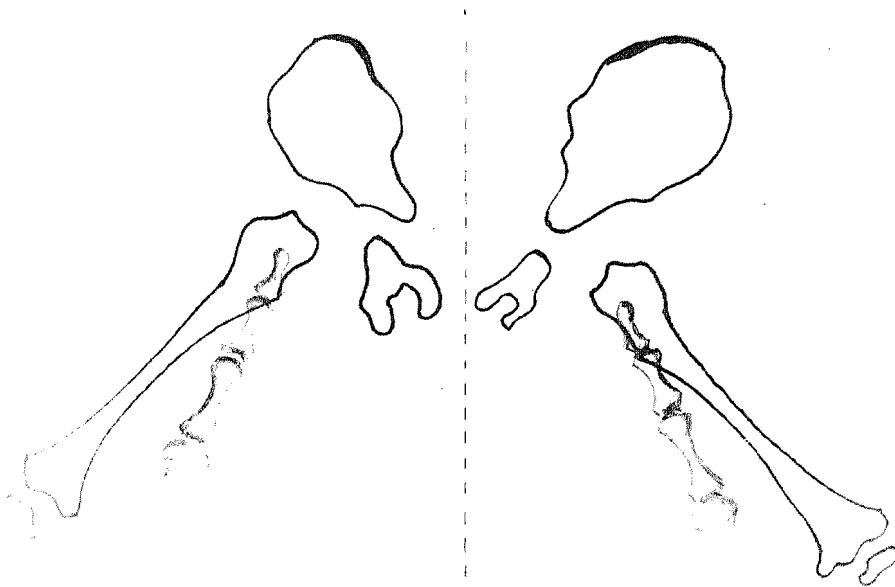


Fig. 4

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

Pero si nos detenemos más veremos que existe otra área en la que se da el fenómeno contrario y que también es preciso analizar.

¿Qué interpretaciones dar a las siguientes casuísticas?

Para BARLOW, la cadera luxable aparece una vez de cada 61 nacimientos.

Para VON ROSEN —en 1968— la encuentra en la proporción de 1 por cada 77 nacimientos, y SMAILL una vez entre 120 recién nacidos. De este modo, en una serie de 9.000 nacimientos BARLOW encuentra 159 caderas con un «clunck» positivo.

¿Qué sucede, puesto que sabemos que la frecuencia de la L. C. verdadera en Europa sólo alcanza un 1'5 por 1.000?

Queremos resaltar la interesante observación de NELSON, que en una larga serie de recién nacidos encontró el signo positivo en el 16 % al nacer. Ya a la semana la proporción se había reducido a un 7 % y, en la tercera semana, el signo sólo era positivo en el 0'5 %. No necesita muchos comentarios la observación de NELSON. Pero queda bien claro que habrá que estar muy alerta a la valoración del signo del período neonatal.

Queda bien demostrado que en el problema de L. C. hay dos actitudes correspondientes a dos áreas de quehacer pediátrico: una en la que el diagnóstico se retrasa y otra en la que el diagnóstico de cadera luxable se prodiga. Del análisis elemental entre la incidencia de la L. C. de cadera verdadera —1'5 por 1.000— y las casuísticas antes comentadas, 1×61 , 1×77 , 1×120 , etc., bien claro se deduce que con este criterio, nada menos que 9 entre 10 con el «clunck» positivo hubieran evolucionado bien sin tratamiento alguno. Pero tampoco hay dudas, de que el décimo caso con L. C. de cadera va a evolucionar perfectamente con la precocidad del diagnóstico y las nuevas técnicas.

Pensamos que con esto queda reflejada la situación actual del problema en su aspecto de diagnóstico pediátrico con una conclusión: es apremiante el diagnóstico precoz.

Bajo esta impresión de imperiosa precocidad en el diagnóstico, revisemos las técnicas que podemos manejar.

Primero.—Habrá que estar *alerta* pensando en qué situaciones se debe buscar la L. C. con máxima intencionalidad.

Ya la estadística demuestra que es mucho mayor la frecuencia en las niñas. En la serie de PRAY, dos niños entre 35 casos.

Enumeraremos a continuación aquellos síndromes en que la L. C. hace su aparición con especial frecuencia.

Probables en síndrome de LARSEN, síndrome oto-palato-digital. Ocasionales en síndrome inducido por la aminoterina, síndrome de CONRADI, síndrome de EHLERS-DANLOS, síndrome de MIETENS, neurofibromatosis, síndrome oculodeontodigital, osteogénesis imperfecta, síndrome de la membrana poplítea, síndrome de RILEY-DAY, síndrome de SECKEL, síndrome de SILVER. También en la artrogriposis y en la parálisis cerebral.

Los signos más manejables serían:

a) *Acortamiento de la extremidad luxada.*

Para su identificación se aconseja el signo CALEAZZI, observando las rodillas flexionadas a 90° o bien mediante aplastamiento de rodilla sobre plano duro y pelvis simétrica.

b) *Asimetría de pliegues cutáneos (BELTRÁN Y CELORIO).*

c) *Limitación de la abducción.*

Tan bien aprovechada por PRAY en sus diagnósticos precoces.

d) *Signo de ORTOLANI.*

Que busca *un ruido palpable y aun audible* al practicar la abducción forzada.

Su técnica, sería. Primero, posición supina. Segundo, rodillas juntas dobladas en ángulo recto sobre el abdomen. Tercero, el pulgar se sitúa en la parte interna buscando el trocánter menor y los otros cuatro dedos en la parte externa sobre el trocánter mayor. Cuarto, se inicia la abducción, ejerciendo simultáneamente presión sobre el trocánter mayor.

— Será positivo si se oye un crujido como si saltara un resorte.

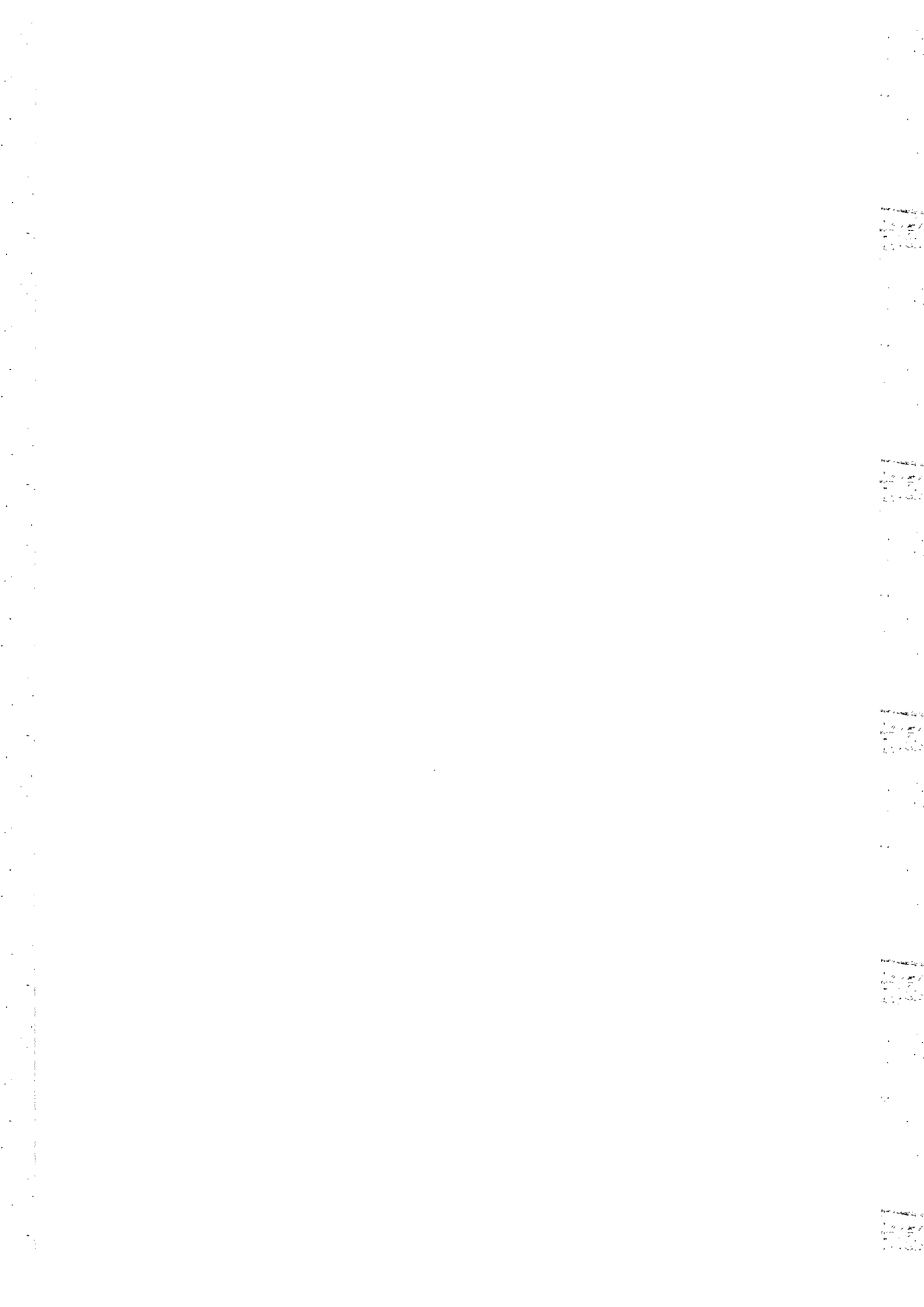
e) *Maniobra de BARLOW.*

Primer tiempo, caderas y rodillas flexionadas. Abducción al mismo tiempo que sobre el trocánter ejercemos *presión hacia adelante desde atrás*. Se aprecia un «clunck» no un «clik». Segundo tiempo, caderas flexionadas. Ligera abducción con *presión sobre la parte super o interna del muslo*. Un «clunck» indica que la cadera puede ser luxada hacia atrás.

Cuando el tiempo primero es positivo, cadera dislocada pero que se reduce con la abducción completa.



Fig. 5



Si el segundo tiempo es *positivo: cadena normal*, pero capaz de dejarse luxar.

Son los casos que invitan al simple control, incluido en el momento oportuno.

MÉTODO PROPIO

El signo que proponemos, dejándolo a la consideración de todos, y también a una amplia revisión y del que por ahora sólo podemos adelantar el buen resultado y la confianza que en nosotros ha producido en el marco de nuestra limitada experiencia.

TÉCNICA.—1.º Decúbito supino. 2.º Posición simétrica de cadera y de todo el eje vertebral. 3.º Con la punta de los dedos índice, se buscan los pulsos femorales y sobre ellos, y hacia arriba, *se palpa muy bien y sin la más mínima dificultad*, una pequeña área que sobresale redondeada y dura que corresponde a la unión de la cabeza y el cuello femorales en su parte anterointerna. Una vez tomado este punto de referencia, tan fácil, el hueco de las manos se apoya en las rodillas. 4.º Se inicia una abducción de unos 45° con lo que nuestros índices se superponen al eje de VON ROSEN (Figs. 1 y 2).

El signo *será negativo* si nuestros dedos índices prolongados dibujan un ángulo de 45° entre sí y dos ángulos de 22°, aproximadamente, con la línea media del cuerpo, que pasaría por ombligo y pubis.

Cualquier dislocación en estos ángulos lo interpretaríamos como *signo positivo* (Fig. 3).

Esta parte *estática* del signo explorado podría enriquecerse con una segunda *fase dinámica*, al conjugar repetidos movimientos de abducción, combinada con extensión, forzando la posición de la cabeza femoral.

El signo, facilísimo de realizar, enriquece nuestra información, centra nuestro interés, y puede sumarse a los datos obtenidos por los otros signos.

CONSIDERACIONES

En primer lugar, la L. C. no siempre es detectable en el período neo-natal. Quizás el nombre nos traiciona, dejándonos tranquilos, tras una primera exploración en la primera semana. Pero en realidad deberán de practicarse revisiones muy específicas en el segundo, tercero y aun en el sexto mes.

En segundo lugar, *todos los signos son buenos, pero todos tienen sus limitaciones*. No sabemos por qué hay niños en que un signo se hace particularmente difícil, mientras otros resultan cómodos y asequibles.

De ahí el interés de tener una batería de pruebas, para en cada caso poder escoger la más expresiva.

Empecemos por señalar, de todas formas, que la variedad *bilateral* no se manifestará con la prueba de acortamiento.

La misma *abducción* en niños hipertónicos y difíciles, siembra más dudas que claridad, y el mismo ORTOLANI tiene sus dificultades después de los dos meses.

En los niños muy hipotónicos, con gran laxitud articular el resultado de la abducción es pobre y difícil de interpretar.

Y, finalmente, en aquellas L. C. irreductibles ya al nacer, cuando más imperioso sería el diagnóstico, el ORTOLANI y el BARLOW no darán signo positivo, precisamente por no dejarse reducir.

Por lo demás, todos ellos son signos *indirectos* de la luxación.

El signo que proponemos nosotros, volvemos a repetir, es muy fácil de realizar. Es un signo directo fundado en el control de la «cabeza-cuello femoral» y del eje de VON ROSE, quizás de sutil interpretación pero muy expresivo y, sobre todo, *muy anatómico*.

En nuestra experiencia el signo propuesto pensamos que nos ha sido útil en una forma bilateral por la dislocación de los ángulos muy evidenciable con los índices y, precisamente, cuando la simetría y falta de acortamiento inclinaban a despreocuparse.

También, en otro caso en que la laxitud articular y la hipotonía desdibujaban el signo de la abducción, y, confiamos, que en las formas de caderas irreductibles, al nacer, el signo puede tener un amplio valor y, en el peor de los casos, su práctica habitual ha contribuido en nosotros a



Fig. 6



Fig. 7

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10

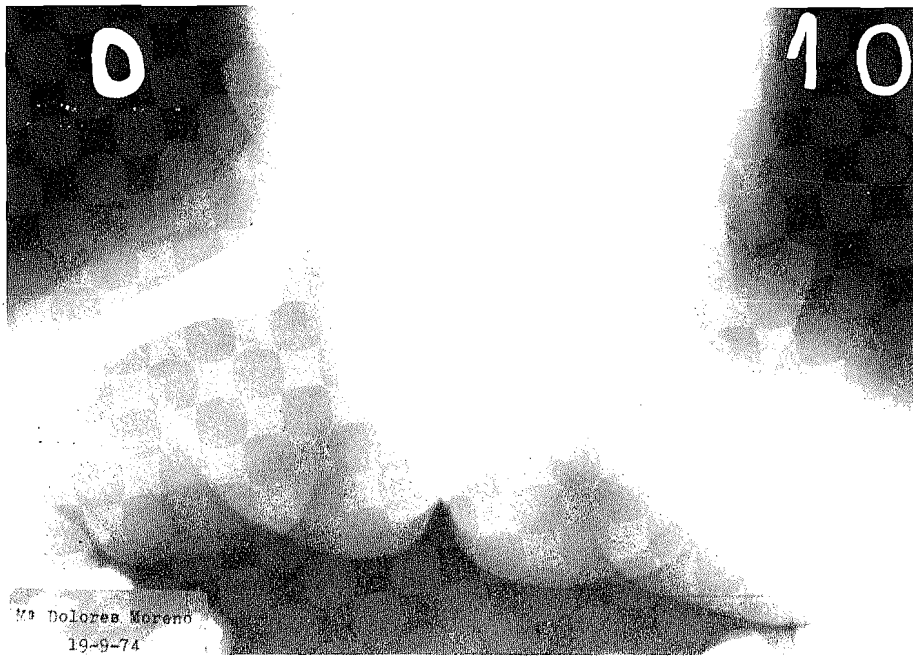


Fig. 8



tranquilizarnos y darnos mayor seguridad al superponerlo a otros signos.

De todas formas, si el signo no es aceptado o no alcanza difusión, aun así, los autores nos sentiríamos compensados si en algo contribuimos a despertar las máximas inquietudes en el *diagnóstico precoz de la luxación congénita de cadera*.

RESÚMENES

Se analiza un posible nuevo signo para el diagnóstico de la luxación congénita de cadera, fundado en la observación del ángulo formado por las prolongaciones virtuales de los dedos índices al apoyarse en el reborde antero-interno del cuello-cabeza femoral siguiendo la línea de VON ROSEN.

A propósito de ello se hace un breve bosquejo de la situación actual en el diagnóstico de la luxación congénita de cadera haciéndose notar que mientras en ciertos círculos pediátricos se retrasa dicho diagnóstico en otros se prodiga, adquiriendo una frecuencia casuística en posible contradicción con la incidencia real del problema.

* * *

On analyse un nouveau signe possible, pour le diagnostic de la L. C. de C., fondé sur l'observation des indices, en suivant la ligne de VON ROSEN, lorsque ceux-ci touchent le bord antérieur-interne du rebord coutète femorale.

A propos de cela, on fait un skema rapide de la situation actuelle dans le diagnostic precoce de la L. C. en insistant vivement: pendant que dans certains secteurs elle est retardée, dans d'autres elle est prodignée, et acquiert une frequence possiblement en contradiction avec l'incidence de la véritable L. C.

* * *

We analyse a new possible sign for the diagnosis of the L. C. of C., based on the observation of the angles made by the prolongation of the indices, following the line of VON ROSEN, when those ones touch the anterior-inner side of the border neck-femoral-leod. In this connection,

we make a short sketch of the actual situation in the early diagnosis of the L. C., insistently that, whereas in some areas it is slowed up, in others it is prodigal, reaching a frequency which may be contradictory to the incidence of the real L. C.

* * *

Es wird ein neues mögliches Merkmal für die Diagnose der vererblichen Hüftverrenkung analysiert, und zwar auf Grund der Observation des Winkels, der durch die virtuellen Verlängerungen der Zeigefinger entsteht, wenn diese auf die vordere innere Seite am Rande des Kopfes des Hüftgelekknochens aufgestützt werden (der VON ROSEN Linie folgend).

Zu diesem Zweck verschafft man sich einen kurzen Überblick der aktuellen Lage in der Frühdiagnose der Hüftverrenkung.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in einigen pädiatrischen Zentren Frühdiagnosen gestellt werden und in wieder anderen die Diagnosen verspätet durchgeführt werden, steht die Menge dieser Verletzung in einem möglichen Widerspruch zu der wirklichen Anzahl der Verrenkungen.