

LA CADERA LUXABLE DEL RECIÉN NACIDO QUE SIN TRATAMIENTO SE ESTABILIZA PRONTO, ¿ES PATOLÓGICA O NO?

Néctar León Daza V., Hoover Canaval

Resumen

En textos de consulta y artículos publicados en revistas médicas de prestigio sobre la enfermedad conocida hoy como Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC), se afirma que la cadera que se halló luxable al primer examen del recién nacido, y que, sin tratamiento, se encontró estable al segundo examen realizado dos semanas después, curó espontáneamente. En este artículo se presentan evidencias y argumentos que demuestran que esa luxabilidad articular, aunque desaparezca en 24 horas, indica que existe daño estructural.

Abstract

Reference texts and medical journal articles about the disease known today as Development Dysplasia of the Hip (DDH) state that a hip found to luxate during the newborn's first examination and that is stable without treatment at a second examination 2 weeks later has "spontaneously healed". This article presents evidence and arguments that demonstrate that such articular luxability indicates there is structural damage even if it disappears within 24 hours.

Palabras clave

Luxabilidad, luxable, estable, normalidad articular.

Keywords

Luxability, luxate, stable, normal joint.

Fecha de recepción: 20 - 04 - 2007

Fecha de aceptación: 08 - 06 - 2007

Llegó el momento en que el camino se partió en dos.
Yo tomé la ruta menos transitada.
Eso marcó la diferencia.

R. Frost

Introducción

Existe una pieza central a cuyo alrededor se pueden colocar las restantes si queremos armar el rompecabezas en que se ha convertido la enfermedad conocida hoy como Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC)^{1,5,19,34}

La clave está en establecer cuánta verdad contiene la afirmación de que la luxabilidad que se detecta al primer examen de la cadera del recién nacido (RN), y que sin tratamiento desaparece al cabo de dos semanas, carece de significado patológico.

Hacerlo es una necesidad imperiosa:

- A. Si dicha luxabilidad carece de significado patológico no vale la pena investigarla; ni mucho menos tratarla; y continuar creyendo que existe “curación espontánea”.
- B. Si esa luxabilidad indica que existe daño estructural deben ser revaluados los conceptos en que se basa el manejo que hoy se da a la DDC del RN.

Hoy se acepta que la rápida estabilización de la cadera del RN se produjo porque en estos casos no existía daño estructural.

Que la luxabilidad inicial se debía a la laxitud de la cápsula articular, ocasionada a su vez por una hormona materna circulante en el organismo del niño, o era debida a la laxitud propia de los tejidos del RN^{2,3,4,5}.

Que el daño estructural se produce por una luxabilidad persistente; que la luxabilidad prolongada provoca el daño estructural;

que el daño articular es consecuencia de la luxabilidad y no su causa^{6,7}.

En textos de consulta se afirma que la exploración de la cadera del RN debe hacerse después de la primera semana de vida, ya que antes los signos Ortolani - Barlow pueden ser positivos en caderas normales debido a la flacidez ligamentosa familiar u hormonal constante en niños de esa edad^{5,44}.

Que los signos Ortolani - Barlow que indican luxabilidad articular deben continuar siendo positivos a las dos semanas para que pueda afirmarse que ese RN presenta DDC⁸.

Que las caderas que inicialmente sólo se encontraron luxables no requieren tratamiento desde ese momento, porque la inmensa mayoría “curan espontáneamente”; que deben ser re-examinadas dos semanas después e instalar tratamiento sólo a aquellas que continúan siendo luxables^{7,8,9,10,11}.

Que aun las caderas que inicialmente se encontraron luxadas deben re-examinarse tres semanas después y tratar sólo las que no se hayan estabilizado¹⁰.

Que la positividad de los signos Ortolani - Barlow durante las primeras cuatro semanas puede ser normal debido a que algunos niños tienen cierta inestabilidad de la cadera durante el primer mes de vida. Cuando estos signos son detectados después del primer mes de edad son diagnósticos de displasia con inestabilidad de la cadera y requieren tratamiento⁴¹.

Que las caderas se estabilizan cuando cesa la acción hormonal y el RN “aprieta sus tejidos”^{5,6,7}.

Que el examen dinámico con ultrasonido debe realizarse después de las seis semanas de vida, ya que antes de las seis semanas muchos niños tienen “inestabilidad fisiológica” y signo de Barlow positivo ¹².

Barlow afirma que hasta el 88% de las caderas que se hallaron luxables al primer examen del RN “curan espontáneamente”, pues sin tratamiento se encuentran estables en el segundo examen realizado a las dos semanas y hasta dos meses después. Que sólo el 12% restante deben ser consideradas como verdaderas Luxaciones Congénitas de Cadera y tratadas como tales ².

Un profesional de la salud que desea formarse un concepto claro para tomar una conducta apropiada cuando encuentre un RN con cadera luxable, queda confuso y desorientado ante los diversos plazos exigidos para considerar la luxabilidad como patológica.

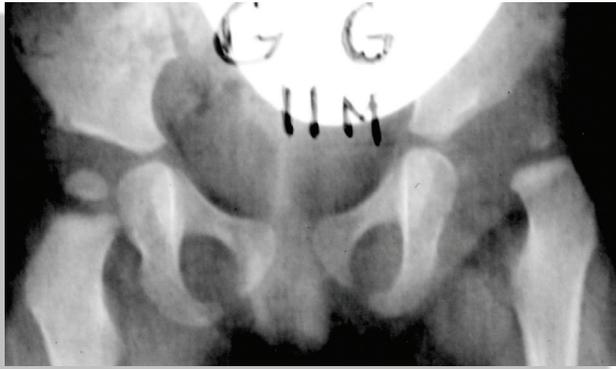
¿Por qué tanta disparidad al definir en qué semana la luxabilidad pasa de “fisiológica” a patológica? ¿En qué se basa cada autor para hacer su propia cuantificación de semanas? Posiblemente en que cada autor, como Barlow, reporte la edad en que encontró estable una cadera que inicialmente halló luxable. Pero sólo Barlow aporta porcentajes y cifras estadísticas ². Según algunos, deben esperarse dos semanas para considerar que esa luxabilidad es patológica; según otros, tres o cuatro; según Barlow hasta ocho.

Sin embargo, aunque haya notable disparidad de criterios en cuanto a la semana en que la luxabilidad pasa a ser patológica, existe unanimidad en aceptar que con la estabilización, ya sea que ocurra a las 2, 4, 6, u 8 semanas, se produjo “curación espontánea”. Que con la estabilización todo volvió a la normalidad. Que la rápida estabilización ocurrió porque la luxabilidad no se debía a daño estructural sino a la laxitud de la cápsula articular. Que esa rápida estabilidad equivale a normalidad.

Analicemos estos conceptos que constituyen las bases para el manejo que hoy se da a la DDC del RN.

1. Si la luxabilidad articular fuese debida a una hormona materna circulante en todo el organismo del RN, ¿por qué afecta sólo la articulación coxo-femoral; y, en la mayoría de los casos, sólo a una; y más frecuentemente la izquierda? ¿Por qué no están comprometidos hombros, codos, rodillas y tobillos?
2. Si la luxabilidad de la cadera fuese debida a la laxitud propia de los tejidos del RN deberíamos encontrarla en todos los RN; y no sólo en una cadera sino en todas sus articulaciones.
3. Todos los cirujanos ortopédicos conocen que en un RN con cadera normal es extremadamente difícil desplazar la cabeza femoral de un acetábulo normal, aun después de seccionada la cápsula articular ^{5,13,14,15}; que con la cápsula seccionada, lo que en la práctica equivale a que no existe cápsula, se requiere una presión de 18 kg para luxarla ⁵. Entonces, si cuando no existe cápsula no es posible luxar la cabeza de un acetábulo normal mediante las moderadas presiones con que se examina a un RN, no es lógico atribuir a una cápsula laxa la luxabilidad articular detectada al primer examen.
4. Se afirma que la rápida estabilización de la cadera luxable del RN ocurre porque no existía daño estructural.

Esto es erróneo, también se estabiliza en una o dos semanas la cabeza luxada o luxable de un niño cuya DDC se diagnosticó después del año de edad, con sólo mantener la cabeza dentro del acetábulo (registro videográfico) ^{16,17,22,25,38}. Y en estos niños el grado de calcificación articular permite a la radiografía mostrar de manera incuestionable el daño estructural que existía cuando la cabeza estaba luxada y persiste, aunque con la estabilización, la cabeza haya cambiado de ubicación ^{26,27}.

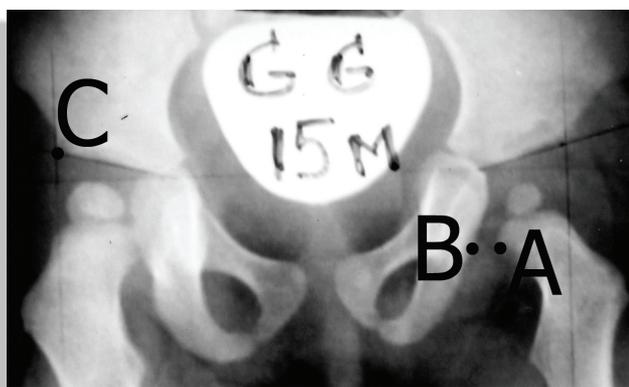


▲ Figura 1 (GG): Radiografía tomada a los once meses de edad.

Caso GG

En esta niña se sospechó DDC por la alteración en la marcha (caminó a los 11 meses). En la radiografía (Ver Figura 1) tomada a los 11 meses de edad vemos una cabeza izquierda poco calcificada, luxada, lejos de su sitio. Techo sin horizontalidad, formando línea continua con el borde ilíaco; cuello sin incurvación alguna.

Mediante la Técnica Colombia la cabeza luxada podía ser introducida en su copa; pero al llevar el fémur hacia la línea media la cabeza abandonaba el acetábulo en forma llamativa (registro videográfico). Se mantuvo en su sitio con abductor mardaza y estribo implementos que inmediatamente después de hecho el diagnóstico se instalan en el consultorio, sin anestesia^{17,22,38}. Al primer control, tres días después, se encontró que la cadera era estable (registro videográfico).



▲ Figura 2 (GG): Control radiológico tomado a los 15 meses de edad y 4 meses de tratamiento

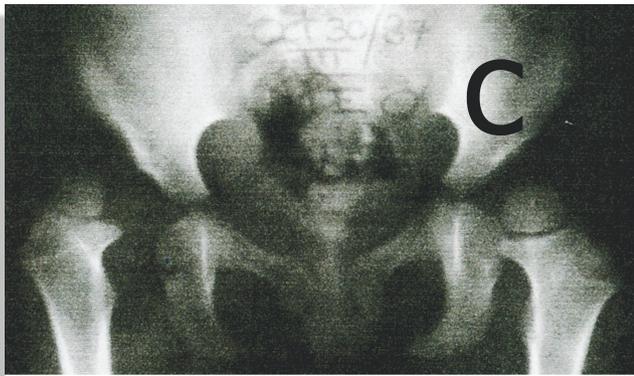
En G.G., de 11 meses de edad, con sólo mantener la cabeza en su sitio la cadera se encontró estable al primer control hecho tres días después. Pero el daño estructural es evidente, tanto antes de iniciar el tratamiento como cuatro meses después de haberse estabilizado. El control radiológico (ver Figura 2) tomado a los 15 meses de edad y 4 de tratamiento muestra la cabeza dentro del acetábulo, mejor calcificada. Si esta radiografía se lee en la forma convencional, después de trazar las líneas horizontal de Hilgenreiner y vertical de Perkins, se observa que el núcleo cefálico izquierdo queda dentro del cuadrante ínfero interno, lo que es signo radiológico de normalidad; y como normal fue informada. Si se la interpreta en forma lógica, mediante una visión panorámica y se la compara con la cadera opuesta y con la radiografía inicial (Figura 1), la patología articular es incuestionable: el pico súper-interno de la diáfisis femoral (punto A) se halla distante del borde externo del isquión, (punto B), hecho inaceptable a esta edad (desde los 6 meses de edad el punto A debe estar junto al B)^{26,27}. También se aprecia la cabeza poco calcificada; el techo acetabular ha mejorado su dirección pero continúa siendo oblicuo.

El trazo de líneas y los cuadrantes y ángulos resultantes focalizan la visión; impiden que se tome a los dos elementos, acetábulo y cabeza - cuello, como partes de un todo, íntimamente interdependientes; y hace posible que erróneamente se informe como normal una radiografía en la que una visión panorámica y comparativa permite apreciar patología estructural incuestionable (Figura 1 y 2)^{26,27}.

Caso MEO

Esta paciente presentaba notable alteración de la marcha desde que empezó a caminar al año de edad, cuando se le diagnosticó su DDC. La madre rechazó los procedimientos quirúrgicos que como tratamiento se le ofrecieron repetidamente.

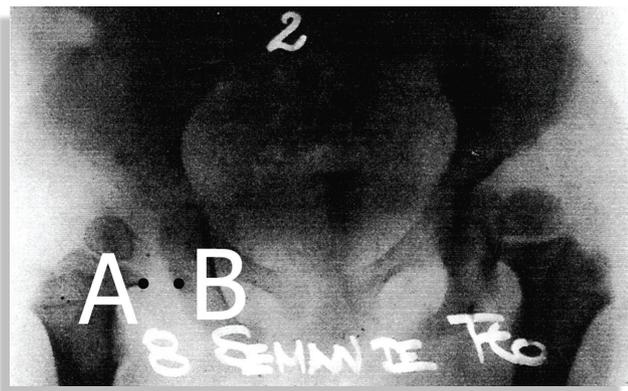
A los 3 años 4 meses de edad la radiografía (ver Figura 3) muestra cabeza derecha luxada; la izquierda es patológica: la cabeza está en su sitio, pero el techo carece de horizontalidad, formando línea continua con el borde iliaco.



▲ Figura 3 (M.E.O): Radiografía a los 3 años 4 meses de edad.

A los 3 años 4 meses de edad no había disminución de abducción; la cadera izquierda era estable; la cabeza derecha estaba luxada; pero a pesar de la edad, podía ser llevada a su copa mediante la técnica Colombia. Con tratamiento “fisiológico”, mardaza y estribo, se encontró estable al primer control, dos semanas después.

El control radiográfico (ver Figura 4) tomado 8 semanas después de iniciado el tratamiento, muestra la cabeza derecha bajo techo; pero el daño estructural persistente es incuestionable. A pesar de la edad y del severo daño estructural, la cabeza derecha se estabilizó en 2 semanas. Pero después de 2 meses apreciamos que persisten

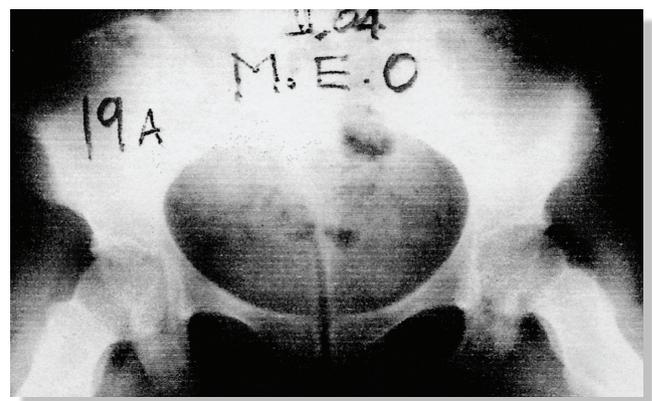


▲ Figura 4 (M.E.O.): Control radiográfico tomado 8 semanas después de iniciado el tratamiento.

defectos estructurales: Techo sin horizontalidad, la cabeza poco calcificada, separación de los puntos A B ^{26,27}.

A esta edad, aun con caderas estables, la conducta ortopédica convencional para corregir el daño estructural que se aprecia en ambas caderas es : Acetábulo-plastias y Osteotomías Femorales ^{5,6,7,10,13,32,33,34,35}. El resultado final del manejo quirúrgico que a estos casos se da en el mundo entero queda expresado en estas concluyentes afirmaciones hechas por ortopedistas de prestigio mundial:

El primer paso en el trágico camino hacia la coxo-artrosis se da en el momento en que se instala tratamiento a la DDC de un niño de más de un año de edad⁵. Si en el tratamiento de la DDC de un niño de más de un año de edad, mediante cirugía se logró el afrontamiento anatómico de las estructuras articulares, el resultado es alentador pues esa cadera tendrá una vida útil de 10 a 15 años. Y esto debe dejar satisfechos a los perfeccionistas no exagerados³⁵.



▲ Figura 5 (M.E.O): Control radiológico realizado a los 19 años de edad de la paciente.

En esta paciente (M.E.O.) se continuó el tratamiento “fisiológico”, abductor mardaza, hasta los 7 años de edad. El control radiológico (ver Figura 5) hecho a los 19 años de edad, muestra una evolución plenamente satisfactoria: Cabezas esféricas, bajo techos que las cubren plenamente. Con la remodelación obtenida en forma “fisiológica” se logró una cadera para toda la vida.

Con el tratamiento "fisiológico" se le evitaron no sólo las recurrentes cirugías en la infancia sino la funesta coxo-artrosis (COA) en la edad adulta, a la que inexorablemente conduce el tratamiento ortopédico - quirúrgico convencional ^{5,10,13,32,34,35,40,47}. El tratamiento de la COA es el Reemplazo Total de Cadera, cirugía de alto riesgo, costo elevado y cuyos resultados no siempre son los esperados ^{45,46}.

La rápida estabilización articular en pacientes con DDC de más del año de edad desvirtúa la creencia de que este hecho ocurre porque no existía daño estructural. Tenemos registro videográfico y radiológico de más de 50 pacientes con DDC de meses o más del año de edad en quienes la cabeza luxable o luxada se encontró estable al primer control realizado una, dos o tres semanas después de instalado el tratamiento "fisiológico" ^{17,22}. El grado de calcificación articular en estos niños con diagnóstico tardío de DDC permite apreciar en la radiografía el innegable daño articular inicial, y el daño estructural residual persistente (Figura 1 y 2 - Figura 3 y 4).

Conclusión: es erróneo afirmar que la rápida estabilización articular ocurre porque no existía daño estructural. Igualmente es erróneo y desorientador afirmar que estabilidad equivale a normalidad articular.

La gravedad convierte al peso de tórax y abdomen en una fuerza descendente que, concentrándose en el techo acetabular, empuja la cabeza femoral hacia abajo. Al entrar en contacto el pie contra cualquier superficie se genera una fuerza ascendente que hace que la cabeza choque contra la copa que la contiene. Orientando estas fuerzas mediante implementos que hacen que se generen durante las 24 horas, se obtiene una remodelación articular ideal ^{17,22,23,24,25}.

Con la Técnica Colombia se consigue llevar la cabeza a su sitio. Esto es desconocido pues no es posible lograrlo con las maniobras Ortolani - Barlow.

Tampoco se ha caído en la cuenta de la rápida estabilización articular en niños con DDC detectada tardíamente. Este hecho es totalmente desconocido

porque la conducta ortopédica convencional en estos casos es que con el niño hospitalizado y previa tracción, bajo anestesia, se realice tenotomía, reducción abierta o cerrada, acetabuloplastia, osteotomía femoral, y luego se inmoviliza con yeso; y todo esto impide apreciar la rápida estabilización que ocurriría con sólo mantener la cabeza en su sitio, en niños de 1, 2 y más años ^{17,22,38}. Y esta observación haría que el tratamiento fuese menos traumático.

Queda establecido que con sólo mantener la cabeza dentro del acetábulo ocurre rápida estabilización articular en niños con DDC detectada tardíamente, en quienes la radiografía pone en evidencia el daño estructural. Y también que la luxabilidad inicial se debía a este daño estructural, que no desaparece totalmente con la rápida estabilización.

En el RN con DDC su cabeza luxada o luxable se estabiliza en el transcurso de la primera semana si la cabeza permanece en su sitio, para lo cual basta mantener los muslos en abducción; con implemento abductor o sin él; con diagnóstico previo o sin él ^{23,24,25}.

Pero en el RN con DDC cuya cadera luxada o luxable se estabilizó en la primera semana de vida, y cuya articulación coxo-femoral es 100% cartilaginosa, radiolúcida, debemos esperar a que el grado de calcificación articular permita a la radiografía mostrar el daño estructural residual, generalmente después de los dos meses de edad; daño estructural que persiste en todos los casos aunque la cadera se haya estabilizado en 24 horas ^{16,26,27}.

Al nacimiento, en una cadera normal el acetábulo tiene tan poca profundidad que sólo permite que menos de la mitad de la esfera cefálica quede bajo techo ^{13,36,37}. Nunca como al nacimiento, ni antes ni después, en una cadera normal, la cabeza está tan mal cubierta por el techo²⁹. Sin embargo, como afirma Wenstein:

En el RN con cadera normal la cabeza está profundamente asentada en su acetábulo; agarrada a sus confines. En una cadera normal es extremadamente difícil luxar la cabeza aun después de seccionada la cápsula articular. La fuerza que la retiene es similar a la de una "suction cup"¹³.

Y a la edad del RN el cuello femoral prácticamente no existe; sólo está constituido por una zona lineal a partir de la cual deberá crecer e incurvarse. Los elementos estructurales de la articulación coxo-femoral tienen que completar su desarrollo fuera del útero^{13,36,37}.

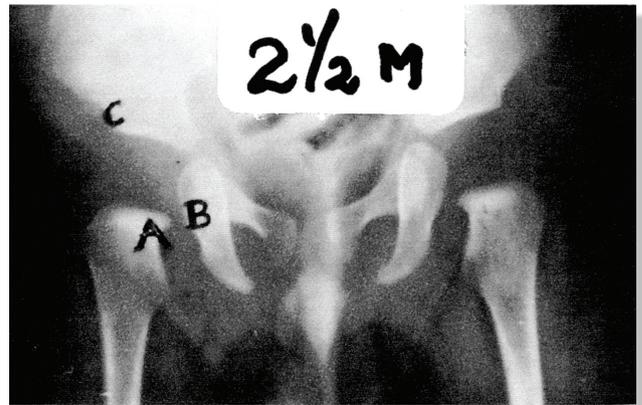
Si la cadera es estable y la radiografía se toma después de los dos meses y se interpreta en forma razonada este medio es definitivo para establecer si la cadera es normal o patológica^{16,26,27,48}.

Tratándose de DDC, para obtener la información que una radiografía puede brindarnos, debe ser tomada cuando el grado de calcificación articular le permita constituirse en ayuda diagnóstica, generalmente después de los dos meses de edad. E interpretarse en forma lógica mediante una visión panorámica y comparativa^{16,26,27}.

Para este tipo de evaluación tomamos tres puntos de referencia (Ver Figura 6).

1. El punto A, referencia femoral, es el pico súper-interno de la diáfisis femoral, visible desde el primer día de vida. La cabeza está ubicada inmediatamente por encima del punto A, pegada a él.
2. Al punto B, referencia acetabular, lo ubicamos en la parte media del borde externo del isquion; frente al punto A, cuando la cabeza se halla dentro del acetábulo.
3. El punto C es el extremo externo del techo acetabular.

Si el desarrollo coxo - femoral transcurrió normalmente, si el proceso de profundización acetabular se llevó a cabalidad, a las 8 ó 10 semanas de vida la radiografía nos muestra que el acetábulo es más profundo que al nacimiento; el punto A está cercano al B (Ver Figura 6) y que ya mucho más del 50% de la cabeza se encuentra bajo techo.



▲ Figura 6. Esta radiografía muestra normalidad a los 2 ½ meses de edad: punto A cercano al B, lo que indica buena profundidad acetabular para esa edad; techo que tiende a ser horizontal con su punto C angular indicando que la cartilaginosa cabeza está dirigida hacia el fondo de la copa por un cuello bien angulado^{26,27}.

A los seis meses de edad los puntos A y B deben de estar juntos y la cabeza debe quedar cubierta plenamente por un techo casi completamente horizontal^{26,27}.

En la radiografía con normalidad estructural a los 2 ½ meses de edad, apreciamos que el techo acetabular se está calcificando con tendencia a ser horizontal; y su extremo externo, el punto C, es el vértice de un ángulo formado por el descendente y vertical borde ilíaco y el casi horizontal techo (Ver Figura 6).

La tendencia a la horizontalidad del techo y la angulación apreciada en su extremo externo, punto C, nos indican que la cartilaginosa e invisible cabeza se halla dentro del acetábulo y dirigida hacia el fondo de la copa por un cuello de adecuada inclinación.

A las 8 ó 10 semanas, generalmente, los núcleos cefálicos no han iniciado su calcificación; la cabeza es radio lúcida. Pero aunque no la veamos, de la horizontalidad del techo y de la angulación del punto C podemos deducir la ubicación y dirección de la cabeza.

A la apreciación conjunta de los dos elementos, acetábulo y cabeza-cuello, a que por su íntima interdependencia de la observación de uno podemos deducir dónde y cómo está el otro, la denominamos visión panorámica^{26,27}. Para la interpretación radiológica es conveniente

comparar la radiografía del paciente con una imagen de normalidad radiológica de una edad similar (Figura 6); con la cadera opuesta; y con una radiografía previa si la hubiese (Figura 1 y 2). Esto es visión comparativa^{26, 27}.

Mediante esta forma de interpretación, la radiografía se convierte a más temprana edad en valiosa ayuda para el diagnóstico de la DDC. Y la radiografía es un medio económico y disponible hasta en el sitio más recóndito de nuestra geografía.

Entre 11.536 RN del Hospital Universitario del Valle (HUV) y de la Clínica Rafael Uribe Uribe (CRUU) de Cali, examinados durante las primeras horas de vida mediante una maniobra razonada, la Técnica Colombia, más sensible que las de Ortolani – Barlow para detectar caderas luxables^{20,21} hallamos 295 RN en quienes se diagnosticó DDC; entre ellos se encontraron 407 caderas patológicas: 349 luxables, y 58 luxadas que reducían fácilmente.

Manteniendo los muslos en abducción para que las cabezas femorales permanecieran en su lugar mediante el pañal abductor mardaza, todas se encontraron estables al primer control realizado durante la primera semana de vida^{23,24,25}.

De los 295 RN con DDC nacidos en el HUV y en la CRUU, cuyas caderas luxadas o luxables se encontraron estables dentro de la primera semana de vida al ser mantenidas en su sitio con el abductor mardaza, a 283 se les hizo control radiológico después de los 2 meses de edad. A pesar de que continuaron siendo estables, con control y tratamiento, en todos los 283 niños las radiografías mostraron patología estructural residual incuestionable⁴⁸.

Otros casos

Niña nacida en la C.R.U.U.

Al nacimiento la cabeza izquierda estaba luxada, pero fácilmente reducía; pero al llevar el muslo hacia la línea media abandonaba el acetábulo en forma llamativa. La derecha sólo era luxable. Pero su luxabilidad sólo era detectable mediante la Técnica Colombia^{20,21,25}.



▲ Figura 7. Radiografía tomada a los tres meses de edad en niña nacida en la Clínica Rafael Uribe Uribe.

Las cabezas se mantuvieron en su sitio mediante el pañal abductor mardaza y 24 horas después se encontró que ambas caderas eran estables (registro videográfico). Continuaron siendo estables, bajo control y tratamiento^{23,24,25}.

Sin embargo, la radiografía tomada a los tres meses de edad, (Ver Figura 7) con caderas estables y abducción normal, muestra notable patología residual: incremento de la distancia AB, mayor en el lado izquierdo, lo que indica déficit de profundidad acetabular, bilateral. Techos oblicuos en los que no es posible ubicar los puntos C como vértices de ángulos, pues forman línea continua con los bordes ilíacos^{26,27}. Compárense estos detalles radiológicos con los que muestra una imagen radiológica normal a una edad similar (Ver Figura 6).

La cadera del RN con DDC se estabiliza aun sin implemento.

Varón (PA) de raza negra nacido en el H.U.V

Al nacer se le diagnosticó DDC. Se le dio salida sin tratamiento y se le citó para instalarlo. Sólo retornó a los dos meses. En este momento, al examen físico las caderas eran estables y la abducción normal. Sin embargo la radiografía tomada a esta edad muestra patología incuestionable en la cadera izquierda: notable separación de los puntos A B, indicando déficit de profundidad acetabular; techo oblicuo, sin punto C angular, indicando mala dirección del cuello femoral.



▲ Figura 8. (Varón P.A. nacido en el hospital H.U.V.) Radiografía tomada a los 2 meses de edad.

Compárense estos detalles radiológicos de la cadera izquierda con los de la opuesta y con los de la imagen que muestra normalidad estructural a esta edad (Figura 6).

La cadera luxable de este RN se estabilizó en el hogar sin implemento abductor. Pero esto no se significa “curación espontánea”. A los dos meses la radiografía muestra patología residual incuestionable^{26,27} (Ver Figura 8.) Si por haberse estabilizado en la casa sin implemento abductor se hubiese considerado que “curó espontáneamente” y no se le hubiese tomado una radiografía e instalado tratamiento, esta cadera conduciría inexorablemente a la coxo-artrosis³⁹.

La patología residual incuestionable que persiste a pesar de la rápida estabilización de caderas de niños con DDC, RN y de más del año de edad, reafirma que es erróneo el concepto de que la rápida estabilización ocurre porque la luxabilidad no se debía a daño estructural. Y la patología estructural evidente en estas caderas estables demuestra también que es erróneo confundir estabilidad con normalidad articular; a cualquier edad.

“Por todos los caminos de la tierra se éntra en el conocimiento”⁴².

Tomemos otra ruta para llegar a la misma conclusión: la luxabilidad de la cadera del RN se debe a un daño estructural.

Si se emplea la Técnica Colombia para examinar un RN con cadera luxable se puede apreciar, aun a distancia, que la cabeza entra y sale del acetábulo sólo si la hacemos deslizar por una bien definida zona del borde posterior de la copa acetabular (registro videográfico). Este hecho indica que a ese nivel el borde no creció como el resto; que allí existe una escotadura o boquete.

La Técnica Colombia al convertir la luxabilidad en un hecho objetivo, repetible, visible aun a distancia, filmable, algo que con las maniobras Ortolani – Barlow sólo es una sensación subjetiva, discutible, nos permite deducir la existencia de un defecto estructural bien localizado. El defecto del desarrollo en esa zona del borde ha sido descrito en maravillosos trabajos por Ponseti¹⁵ y Dunn¹⁴, realizados en niños que fallecieron poco después de nacer pero que cuando vivos presentaban caderas luxables.

Y de aquí parte otra conclusión: un defecto estructural tan localizado no puede ser causado por un factor de acción generalizada como una hormona o un defecto generalizado del tejido conectivo. Este daño tan localizado sólo puede ser explicado por un factor mecánico de acción local: el contacto prolongado entre la cabeza y el borde acetabular^{25,28,29}.

Una aseveración científica basada en argumentos en los que, en cuanto a importancia, a simple vista se aprecia determinado orden jerárquico, tiene una debilidad: si se demuestra que el principio fundamental es erróneo, los demás tambalean y caen. En este caso el principio básico es la creencia de que la rápida estabilización de la cadera ocurre porque no existía daño estructural; que con la rápida estabilización todo volvió a la normalidad. Al demostrar que esto es erróneo, las deducciones y conductas que de él se desprendan tienen que ser modificadas.

Descartadas la hormona, la laxitud propia de los tejidos del RN y la laxitud de la cápsula articular, nos queda sólo el daño estructural como causa de la luxabilidad detectada al primer examen de la cadera del RN.

Procediendo con lógica debemos aceptar que tanto la cadera luxable como la luxada que reduce, indican que

ese RN presenta DDC. Y de este hecho se desprenden conceptos para el manejo adecuado de la DDC del RN:

1. Es importante investigar si el RN presenta cadera luxable. Esta consideración y el empleo de una maniobra sensible para detectarla pondrán cifras reales a la incidencia de la DDC entre RN, alrededor de 30 por cada 1000 RNs vivos^{20,21,25}. Según sus autores, las maniobras Ortolani y primera de Barlow fueron descritas sólo para detectar las caderas luxadas^{2,18}. La segunda maniobra de Barlow, la más sensible según el autor, con ciertas modificaciones se convierte en la Técnica Colombia, más sensible para detectar las caderas luxables que las clásicas y universalmente empleadas^{2,20,21}.

En el Hospital Universitario del Valle y Clínica Rafael Uribe Uribe ISS Cali, grupos examinadores dirigidos y contando con la presencia de uno de los autores, empleando la Técnica Colombia detectó 407 caderas patológicas entre 295 RN con DDC, 349 luxables y 58 luxadas que reducían fácilmente. Los médicos asistenciales que previamente habían examinado al mismo grupo de RN empleando las maniobras que conocían, y continuaban empleando, las de Ortolani - Barlow, sólo habían detectado 5 de las 349 caderas luxables y 25 de las 58 luxadas^{20,21}.

Además de mayor sensibilidad, la Técnica Colombia posee otra ventaja: es útil en niños con DDC de meses y más del año de edad con caderas luxables o luxadas. Y esto es importante para el diagnóstico y para orientar el manejo.

Ortolani reporta que no encontró positividad con su maniobra ni en niños

de menos de tres meses ni en los de más de un año de edad¹⁸. Barlow afirma que sus Maniobras sólo son útiles para examinar niños de hasta 6 meses de edad².

La Técnica Colombia permite llevar la cabeza femoral a su sitio en la mayoría de niños con DDC de más del año de edad, lo que no es posible conseguir empleando las maniobras Ortolani - Barlow. Y esto es definitivo para un tratamiento menos traumático y un mejor resultado final^{17,22,38}.

2. Si al primer examen de la cadera del RN se encuentra que su cadera es luxable o luxada, que reduce fácilmente, el diagnóstico es DDC. Debe instalarse el tratamiento antes de que ese RN abandone la clínica de maternidad, aunque la cadera ya se hubiese estabilizado^{23,24}.
3. Las caderas del RN con DDC, luxables o luxadas, se estabilizan en el transcurso de la primera semana si las cabezas se mantienen dentro de sus acetábulos, colocando los muslos en abducción, con implemento abductor o sin él^{16,23,25}. Pero, aunque se hayan estabilizado en 24 horas, todas presentan daño estructural que persiste y puede apreciarse en la radiografía tomada a los 2 ½ meses de edad^{26,27,48}.

Esto nos indica que para conseguir una completa remodelación articular de la cadera de un RN con DDC no son suficientes las 6 a 8 semanas de tratamiento como hoy se preconiza^{7,30,31,33}. Actualmente, cuando se decide tratar la DDC del RN se mantiene el tratamiento hasta por 12 semanas. Este es el manejo que hoy se da a la DDC del RN en Estados Unidos^{7,30,31}. Y con la tendencia a considerar que lo que se hace en los Estados

Unidos es lo más indicado, esa es la conducta que se sigue en el mundo entero.

La DDC del RN “curada a medias”, sólo es detectable mediante una radiografía, si se interpreta en forma razonada^{16,26,27,39,48}. Y esta DDC tipo II³⁹ transcurre asintomática, sin ser sospechada por médicos o familiares durante la infancia y juventud. Pero en la edad adulta irrumpe como degeneración progresiva, irreversible, invalidante de la cadera: la catastrófica coxo-artrosis (COA)^{38,39,40,43,47}.

A los 55 años de edad, 3.4 de cada 100 personas presentan COA. Y el 50% de estos casos de COA son consecuencia de que en la infancia no les fue diagnosticada la DDC que padecían⁴³.

Ningún método de tratamiento conocido consigue que una cadera luxable al nacimiento vuelva a la normalidad estructural a esa cadera, en sólo tres meses.

La remodelación debe continuar mediante un método que garantice un normal desarrollo motor y permita y aproveche

las fuerzas naturales que genera la gran actividad infantil^{23,24,25}. Y sólo debe suspenderse cuando una radiografía, interpretada en forma lógica y razonada, muestre normalidad estructural^{26,27,39}.

Los 283 niños del HUV y CRUU cuya DDC se detectó al nacer, fueron manejados fisiológicamente mediante el abductor mardaza, cuya forma y dimensiones se adaptan a la evolución de la DDC y al desarrollo del niño, hasta lograr la completa normalidad radiológica: 101 niños se trataron hasta el año de edad. 87 hasta los 18 meses; hasta los 2 años, 73; hasta los 3 años, 22. La evolución fue plenamente satisfactoria. No hubo ningún caso de necrosis avascular de la cabeza.

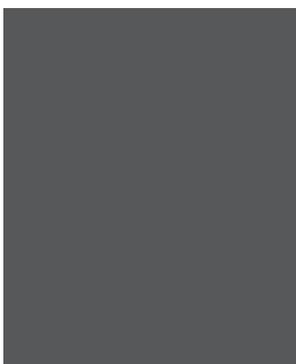
Se detectaron, mediante una maniobra razonada y sensible, la Técnica Colombia; y con un manejo fisiológico (abductor mardaza), que permite y aprovecha la gran actividad infantil, se consiguió que esas caderas volvieran a la normalidad.

Con este resultado se desvirtúa el erróneo concepto de que la DDC es incurable y genética¹⁹. ≡

BIBLIOGRAFÍA

1. HERRING, A. "Congenital Dislocation of the hip". *Pediatr Orthop. R Morrisy*. 3a Ed. J.B. Lippincott Co 1990. Pag 815.
2. BARLOW, T. "Early Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation". *J. Bone Joint Surge*. 1962, 44B: 292 – 301
3. THOMPSON G. H. "Common Orthopaedic Problems of Children". Nelson – Essentials of Pediatrics Pag. 750 – 753. 3º Edit, 1998.
4. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS.- Committee of Quality Improvement Subcommittee of Developmental Dysplasia of the Hip. "Clinical Practice Guideline: Early Detection of Developmental Dysplasia of the Hip". *Pediatrics*, Vol 105 No 4, Pag 896- 905, 2000.
5. SIERRA Y FERNANDEZ. "Luxación Congénita de Cadera" Limosa (México). Grupo Noriega Editores, 1992.
6. SALTER, R B. "Transtornos degenerativos de las articulaciones" – Transtornos y lesiones del Sistema Músculo – Esquelético .Ed. Salvat. Pag. 210 – 222. 1971
7. NOVACHECK, T. "Displasia del Desarrollo de la cadera". *Clin. Pediat. de Norteamérica*. Vol 4, Pag. 777 – 793. 1996
8. GOLDBERG, M J.-"Detección Temprana de la Displasia Madurativa de la Cadera. Sinopsis de las normas de práctica clínica de la Academia Americana de Padiatría". *Pediatrics in Review en Español*. Vol 22 No 6. Pag 229-232. Agosto 2001
9. SPONSELLER, P. "Essential Pediatrics Oski. Edit Lippincott Raven " Bone Joint and Muscle Problems" Pg. 155. 1997
10. SHARRARD W. J. W. *Pediatric Orthopedics and Fractures* .3o Ed. 1993. Vol I. Pg. 291 - 358.
11. HARCKE, T. "Comentarios sobre la Displasia del Desarrollo de la Cadera- Un Nuevo Enfoque de la Incidencia" *Pediatrics – Ed. Española* - Enero 1999, Vol 47 No 1, Pág. 1.
12. ROSSELLI, C. P. "Motivos de consulta más frecuente en Ortopedia Infantil. El Pediatra Eficicente- Plata Rueda, Leal Q. Edit. Médica Panamericana. Pág. 541- 542, 2002.
13. WEINSTEIN, S L. *Pediatric Orthopaedics*. Lovell and Winter's. Vol II. 5ª Ed. Pg. 905 – 956, 2001.
14. DUNN, P. M. "The anatomy and patology of Congenital Dislocation of the Hip" *Clin Orthop*. 1976; 119:11.
15. PONSETI V I: "Morphology of the acetabulu IN congenital Dislocation of the Hip. Gross, Histological and roentgenographic studies". *J. Bone Surg (Am)* 1978; 60: 586.
16. DAZA, N. GERSTNER, J. LEAL, E. BOTERO, M. "Significado de la Estabilidad Articular en la DLD". XXI Congreso Colombiano de Padiatría. Octubre 1999.
17. DAZA, V "Bases para el Tratamiento Fisiológico de casos de DDC diagnosticados tardiamente". XXII Congreso Colombiano de Padiatría. Santa Martha 2001.
18. ORTOLANI, M "Un segno poco noto e sua importanza per le diagnosi precoce di prelusazione Congenita della anca. *La Padiatria*, 1937, 45: 129 – 135.
19. MALAGON. "Displasia – Luxación Congénita- Displasia del Desarrollo de la Cadera" *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. Vol 12, No 1 Pag 42-51, Abril 1998
20. DAZA, N. "Displasia Congénita de Cadera". Una variación en la Técnica de Examen". *Colombia Médica*. Volumen 28 No 4, 1990. Pg. 162 - 169.
21. DAZA, N. "Análisis comparativo de la sensibilidad del la Técnica Colombia frente a las maniobras Ortolani – Barlow, en la detección de la DLD del RN". XXI Congreso Colombiano de Padiatría. Octubre 1999.
22. DAZA, N. "Análisis comparativo de los resultados de un Método "Fisiológico" frente a las formas convencionales de tratar la DLD diagnosticada tardiamente". XXI Congreso Colombiano de Padiatría. Octubre 1999.
23. DAZA, N. "Displasia Congétita de Cadera". Tratamiento en el Recién Nacido". *Colombia Médica*. Volumen 22 No. 1, Pág. 33-39. 1991.
24. DAZA, N. "Análisis comparativo de un Método Fisiológico de Tratamiento de la DLD del RN, frente a los resultados obtenidos con los Métodos Convencionales". XXI Congreso Colombiano de Padiatría. Octubre 1999.
25. DAZA, N. "Displasia Congénita de Cadera - Diagnóstico - Conducta Lógica". Editorial Feriva- Cali, 1987.
26. DAZA, N; BOTERO M, CANAVAL H. "La Radiografía en la Displasia del Desarrollo de la Cadera". *Temas Padiátricos Nestlé*. Vol 21 No 2 Pág. 13- 32. Junio, 2004
27. DAZA V. N; BOTERO M. "La Radiografía en la Displasia de Desarrollo de la Cadera". IV Jornadas Padiátricas Colombianas – Bucaramanga. Septiembre 2000.
28. DAZA V. N. "Displasia Congénita de Cadera. Etiología" *Colombia Médica*. Vol. 21. No 3, 1990. Pág. 121- 127.
29. DAZA, N Etiología de la Displasia del Desarrollo de la cadera, dentro y fuera del útero" XXII Congreso Colombiano de Padiatría. Santa Martha 2001.
30. MUBARAK, S. J et al. Developmental hip Dysplasia and Dislocation". American Academy of Orthopedic Surgeons. 64th Annual Meeting. San Francisco USA, Feb 1997.

31. HENSINGER, R N. "Congenital Dislocation of the Hip" Clinical Symposia – CIBA Pg 3- 31, Vol 31 No. 1, 1979.
32. TACHDJIAN, M. "Clinical Pediatric Orthopedics" edit Appleton & Lange, Stanford, 1997.
33. SARASSA, C, BOWEN, R, et al. "Guías de Práctica Clínica – Displasia de la cadera en Desarrollo. Pg. 10-41 ISS ASCOFAME.
34. WENGER D R y RANG M. "The Art and Practice of Children's Orthopaedics". Raven Press Ltd- 1993 Pg. 256-296.
35. PLATT. Citado por Sierra y Fernández. Luxación Congénita de la cadera. Pag 130.
36. GRAF, R. "Guide to Sonography of the infant hip". Thieme Medical Publishers, Inc, New York, 1987.
37. DONALDSON, J S. et al. "Diagnóstico por imagen de la Displasia del Desarrollo de la cadera". Clínica Pediátrica de Norte América, Vol 3. Pág. 617-639. 1997
38. DAZA N, GERSTNER J., BOTERO M " Coxo Artrosis: Su incidencia y Gravedad; su etiología y prevención" Avances Pediátricos. Rev. U. del Bosque Vol 7 No 1 Pág. 39- 45- Abril 2005
39. DAZA N.; GESTNER, J; BOTERO, M. "Displasia del Desarrollo de la cadera- Tipos de Lesión" Pediatría Vol 40, No 2, pág. 8-12. 2005
40. STAHLEI L. "Surgical Management of Acetabular Dysplasia". Clin Orthop 264, March 1991. Pag. 111 – 121
41. TURRIAGO, P. CA. "Alteraciones Ortopédicas comunes en la niñez". Program de Educación continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría.- Año 2 Módulo 3 Sept 2003 pág. 11.
42. NERUDA, Pablo.
43. ASHER, M. "Screening for C.D.H., scoliosis, and other abnormalities affecting the muscle – skeletal system. Pediat. Clin North Am. 1986. 33:1395-1404.
44. SOMMERVILLE, citado por SIERRA Y FERNÁNDEZ en su libro "Luxación Congénita de Cadera", Limosa (México) Grupo Noriega Editores, 1992. Capítulo VI. Pág. 59.
45. DORR, L D et al. "Total Hip Arthropaties in Patients younger that 45 years". Clin Orthop 260. Nov. 1990.
46. PAUL H. A et al. "Development of Surgical Robot for cementless total hip Arthroplasty". Clint Orthop No. 285. Pág. 57-66. Dec. 1992.
47. WEINSTEIN, S. "Congenital Hip Dislocation – Long- Range Problems, Residuals signs, and Symptoms after Succesful Treatment". Clinical Orthopaedics and Related Research. 281, 1992, pg. 69-74
48. DAZA N, BOTERO M, ACOSTA N, MARÍN V. "La radiografía en la DDC del RN. Congreso Colombiano de Radiología, Cartagena octubre 2007. Enviado a publicación 2007.



Néctar León Daza Vásquez

Pediatra colombiano quien ha dedicado su vida profesional exclusivamente al diagnóstico y manejo de niños con DDC. Esto le ha permitido hacer claridad en aspectos de la DDC sobre los que existe desorientación: Etiología, diagnóstico, tratamiento. Ha publicado un libro y numerosos artículos sobre el tema. Por su labor ganó el "Premio a la Investigación Científica".

Lidera un grupo de especialistas, multidisciplinarlo, el "Grupo Cadera", dedicado a investigar y difundir sus hallazgos entre profesionales y estudiantes de carreras afines a la salud.