

Displasia congénita de la cadera. Estudio en el área de salud del policlínico docente "Luis Pasteur"

Por los Dres.:

Prof. GUSTAVO E. BESTARD PIVIDAL,* MANUEL GOMEZ VALDES,*
RICARDO ROQUE IZQUIERDO* y FERNANDO DEL LLANO CALLOL*

Bestard Pividal, G. E. y otros. *Displasia congénita de la cadera. Estudio en el área de salud del policlínico docente "Luis Pasteur"*. Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

Se estudia la incidencia de la displasia congénita de la cadera en el área de salud del policlínico docente "Luis Pasteur", que tiene una población de niños entre 1 a 5 años, de 2 505. Se tomaron al azar 130 niños sanos durante su chequeo de puericultura a los 12 y 18 meses de edad. Se hizo estudio radiográfico de la cadera y con la plancha de plexiglass del profesor Müller se facilitó grandemente el diagnóstico de la displasia. Obtuvimos una incidencia del 11,5%, lo cual constituye una cifra elevada.

INTRODUCCION

La displasia congénita de la cadera es una afección grave del aparato locomotor; puede presentarse en su forma clínica no luxada, desde el nacimiento hasta la edad adulta precoz, cuando es inadvertida, y puede aparecer entonces como una coxartrosis secundaria de difícil tratamiento y graves secuelas funcionales.^{1,2}

En nuestro país después del triunfo de la Revolución se ha desarrollado la atención médica primaria, que constituye el primer eslabón de la atención de la salud a la población. Actualmente nuestro sistema nacional de salud cuenta con unos 345 policlínicos (áreas de salud). Estos a su vez están articulados con el segundo nivel o nivel secundario, que lo constituyen los servicios hospitalarios. A partir de 1974 esta atención

primaria ha mejorado de forma extraordinaria, con la implantación del nuevo sistema de medicina en la comunidad.

El objetivo de nuestro trabajo es destacar la importante función que desempeñan estos policlínicos en la detección y control de esta afección, así como otras de igual importancia en la práctica de la ortopedia pediátrica.

El policlínico en la comunidad presta su servicio gratuito a toda la población, y es responsable en forma integral de todas las acciones de salud que se realizan en la zona territorial donde viven los habitantes a él asignados, al igual que los centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles, y demás unidades de producción o servicios ubicados en dicha extensión territorial. Está constituido por un "equipo de salud" representado por médicos, estomatólogos, enfermeras, trabajadoras sanitarias, etc. Para el desarrollo de estos servicios de salud de atención primaria se tiene siempre presente la participación de los organis-

* Miembro del hospital nacional docente "Enrique Cabrera".

mos de masas correspondientes (CDR, FMC, ANAP, CTC), además, se cuenta a tiempo parcial ofreciendo interconsultas, es decir, consultas de carácter docente a residentes o especialistas en las siguientes especialidades: psiquiatría (adulto e infantil), dermatología, ortopedia, y psicología.

MATERIAL Y METODO

Este estudio se realizó en el policlínico docente "Luis Pasteur", que tiene 37 638 habitantes (1977) ubicado en un área urbana y eminentemente residencial, con pavimentación y alcantarillado en toda su extensión. Una población de 2 505 niños en edades comprendidas de 1 a 5 años donde se tomaron al azar 130 niños al concurrir al policlínico en su chequeo de puericultura a los 12 y 18 meses de nacidos, respectivamente.

Se realizaron exámenes radiográficos por el pediatra consultante con la siguiente técnica: paciente acostado en

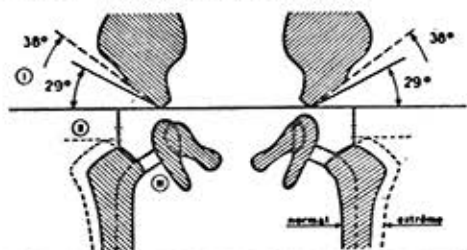
decúbito supino, piernas paralelas, rodillas semiflexionadas y la entrada de los rayos perpendicular a la sínfisis del pubis.

Para el diagnóstico radiográfico de la displasia de la cadera utilizamos una plancha de plexiglass del profesor doctor M. E. Müller, de Berna, Suiza¹ (esquema 1). Existe dibujada sobre la plancha en la parte superior, la pelvis de un recién nacido, donde están marcados los ángulos y distancias normales y extrañas, que sirven para el diagnóstico de la displasia en el recién nacido. En la parte inferior aparece dibujada la pelvis de un niño cuando ya ha aparecido el núcleo epifisario. Se señalan los puntos de reparo para la medición de los ángulos AC para la cubierta cotiloidea y el ángulo CE de la relación de la cabeza femoral con respecto a la pelvis. Esta porción de la placa es la que hemos utilizado para nuestros pacientes estudiados, pues se trata de niños entre 12 y 18 meses de edad.

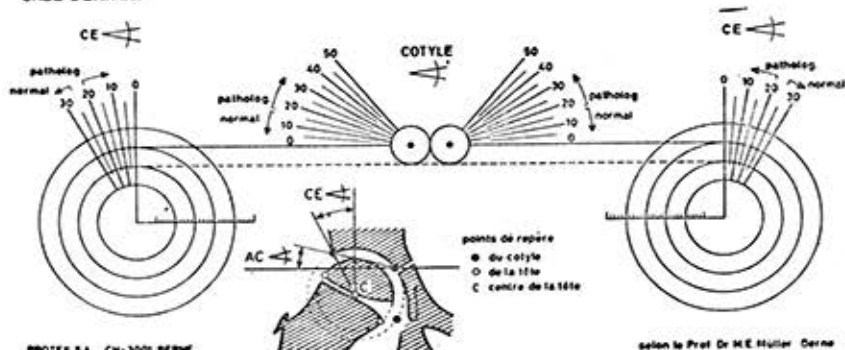
DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE de la DISPLASIE de la HANCHE

CHEZ LE NOUVEAU NÉ

valeurs moyennes:		valeurs pathologiques:	
①	29°	plus de 38°	
②	10 mm	moins de 8 mm	
③	5,5 mm	plus de 6,5 mm	



CHEZ L'ENFANT



Esquema 1. Plancha de plexiglass del profesor doctor M. E. Müller, de Berna.

Podemos emitir con esta plancha de plexiglass un juicio rápido y sin dificultad sobre las condiciones de la articulación coxofemoral. En la radiografía que se va a analizar se marcan los siguientes puntos de reparo: 1) extremos externos del techo acetabular; 2) extremo inferior del hueso iliaco, que es visible antes del cierre del cartílago trirradiado; 3) centro de rotación de la cabeza en un punto equidistante de los puntos extremos del borde del muñón de la metafisis del fémur y algo proximal a éste (figura 1).

Posteriormente se superpone la placa de plexiglass a la radiografía con estos puntos de reparo, y se leen los valores de los ángulos AC y CE, respectivamente (esquemas 2 y 3). Damos como positivo de displasia cuando cualquiera de estos ángulos es anormal o si los dos tiene valores extremos.

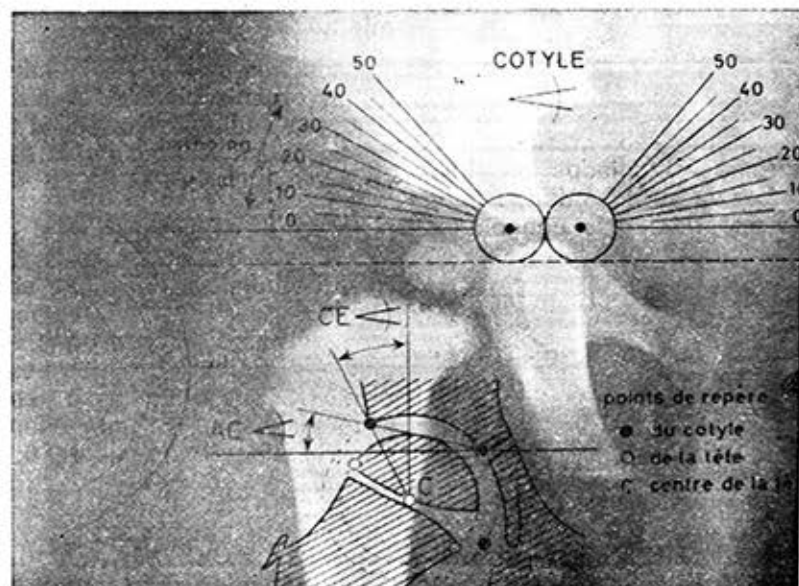
Se tomaron como valores normales de los ángulos AC y CE los informados por los autores norteamericanos *Massie* y *Howorth*, por ser los únicos que han informado valores de éstos ángulos en niños entre 12 y 18 meses (cuadro).

Angulo AC 25 grados (1 a 3 años).

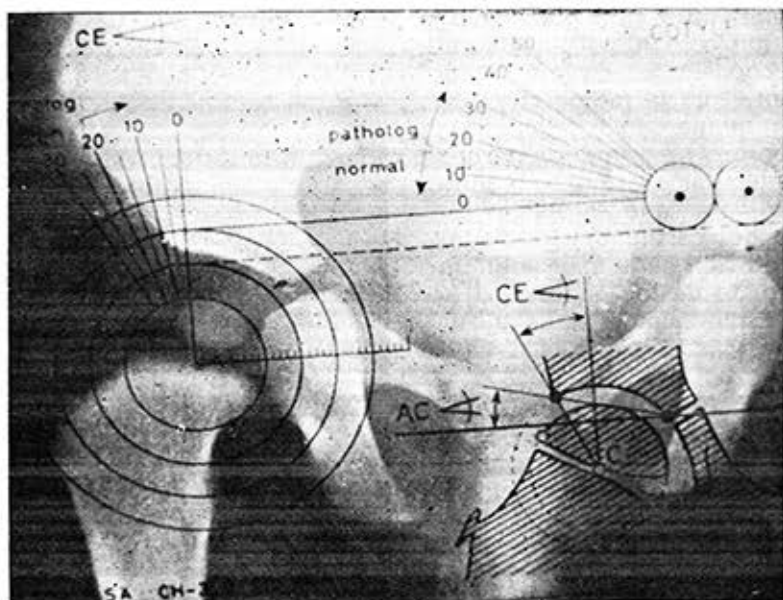
Angulo CE 10 grados (6 meses-3 años).³



Figura 1. Rx con los puntos de reparo marcados, para la medición de los ángulos AC y CE.



Esquema 2. Medición del ángulo AC con la plancha de plexiglass superpuesta.



Esquema 3. Medición del ángulo CE con la plancha de plexiglass superpuesta.

CUADRO

VALORES NORMALES PARA EL ANGULO AC Y CE SEGUN LOS AUTORES MASSIE Y HOWORTH

Angulo AC	Angulo CE
23 grados (1-3 años)	10 grados 6 meses-3 años

Además del estudio radiográfico se tomaron en los niños estudiados los siguientes datos: características del parto y antecedentes de afecciones congénitas de la cadera.

Los casos estudiados que presentaron diagnóstico positivo de displasia de la cadera fueron llevados a la interconsulta docente de ortopedia, jerarquizada por un profesor o especialista, y se le iniciaba un tratamiento conservador consistente en una férula metálica que mantiene los muslos en abducción de 70 grados¹ (figuras 2 y 3). La radiografía de la cadera tomada con la referida férula nos demuestra que el núcleo cefálico femoral queda bien centrado debajo del

acetábulo displásico (figura 4). A estos niños se les permite deambular con la férula. En las visitas domiciliarias periódicas, tanto de las enfermeras como del pediatra del sector que dan una atención activa, pueden controlar que los niños realicen correctamente el tratamiento.

Cada tres meses son citados a través de las organizaciones de masas para un chequeo radiográfico en el policlínico hasta que se obtengan valores normales en la radiografía.

RESULTADOS

Se estudiaron 130 niños sanos escogidos al azar de 12 a 18 meses en un área de salud. Fueron positivos de displasia, 15 (11,5%); bilaterales, 8; unilaterales, 7 (D.1-1.6); sexo femenino, 9; sexo masculino, 6; antecedentes de deformidad congénita de cadera, 0; parto normal, 13; cesárea, 2.

DISCUSION

Las secuelas o invalidez por la displasia congénita luxada de la cadera son



Figuras 2 y 3. Férula metálica en abducción de 70° de los muslos, utilizada para el tratamiento de displasia de la cadera.

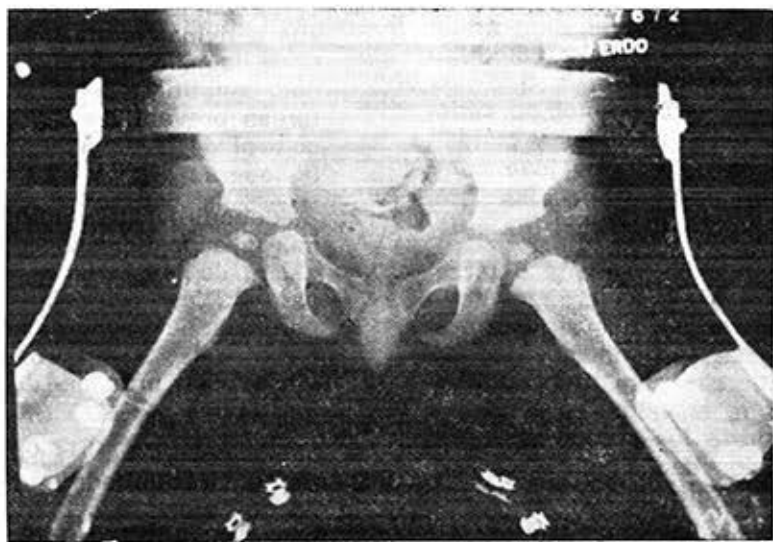


Figura 4. Rx con la férula en abducción, muestra el núcleo cefálico bien centrado en el acetábulo displásico.

conocidas desde *Hipócrates* (460-350 a. de J. C.). Es sólo en la segunda mitad de este siglo que ha habido un progreso efectivo, con el tratamiento precoz de esta anomalía congénita. No es una sorpresa que niños con una displasia mal tratada y aún sin tratamiento pueden permanecer asintomáticos hasta llegar a la edad de adultos jóvenes.⁵⁻⁷

Los trabajos de *Roser* (1879), *Putti* (1927), *Ortolani* (1937) *Palmen* (1961) y otros más, han demostrado que el diagnóstico precoz de la displasia de la cadera, se puede hacer desde los primeros días de nacido y que si se inmovilizan las caderas en abducción, mantenidas varias semanas, se obtiene la curación.

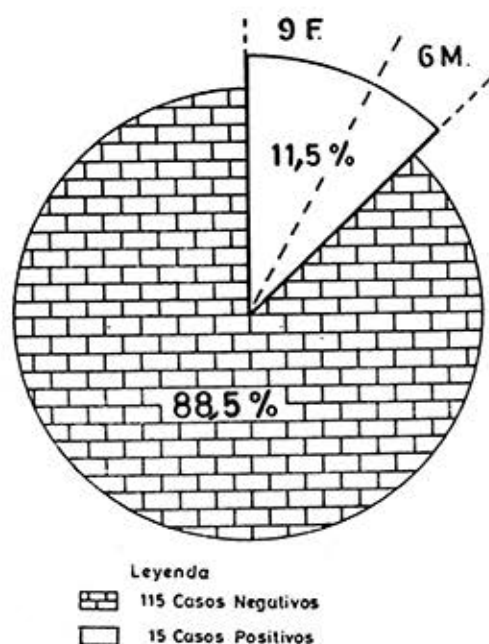
Es conocido que en ocasiones no son detectadas las caderas con la afección, ya sea porque las pruebas clínicas sean negativas o por descuido y no se diagnostique la displasia. Por eso hay autores como *Oivens* que plantean que todos los niños requieren sucesivos exámenes de la cadera durante el primero y segundo años de vida.⁸

En Cuba ha quedado demostrado por estudios realizados en el año 1977, la existencia de incidencia de displasia, de 3,5 por mil nacidos vivos (*García, D.*). Al realizar por primera vez el estudio de esta anomalía congénita en un área de salud con niños sanos, se ha encontrado incidencia del 11,5% en un reducido número de niños estudiados, lo que nos alerta que un número grande de caderas anormales estén perdidas y puedan llegar a la edad de adultos jóvenes y presentar alteraciones o secuelas (gráfico).

En nuestros casos positivos detectados se encontró que la cadera más afectada era la izquierda y que el sexo predominante lo fue el femenino. Aunque ha sido informado por otros autores como *Wilkinson*, en nuestros casos no se encontró entre los antecedentes de parto en posición de nalgas, ni antecedente de luxación de cadera.

Los niños con caderas displásicas que fueron tratados mediante férulas en abducción y con deambulación, todos cu-

Gráfico
REPRESENTACION GRAFICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS



raron en un período de un año como promedio.⁴

CONCLUSIONES

1. El policlínico, con el desarrollo de sus actividades en una nueva modalidad llamada medicina en la comunidad, constituye el marco ideal en las tareas preventivas del pesquisaje y control de la displasia congénita de la cadera.
2. Se deben realizar durante los dos primeros años de vida sucesivos chequeos de las caderas de los niños para la búsqueda de las displasias perdidas, no diagnosticada los primeros días después del nacimiento mediante las pruebas de *Ortolani* o *Barlow*.
3. La incidencia del 11,5% encontrada en nuestra limitada muestra estudiada nos alerta a seguir investigando para de este modo lograr una población infantil más sana, física y psicológicamente.

SUMMARY

Bestard Pividal, G. E. et al. *Congenital dysplasia in hips. A study conducted in the health area of Louis Pasteur teaching polyclinic.* Rev Cub Ped. 52: 5, 1980.

The incidence of congenital hypodysplasia is studied in the health area in charge of Louis Pasteur Teaching polyclinic, which has a 2 505 children population, age 1 through 5 years. 130 children were randomized during the puericulture medical check-up at 12-18 months of age. A radiographic study of the hip was made. Diagnosis of dysplasia was made significantly easier with Prof. Müller's plexiglass plate. We obtained a 11,5% incidence, which is a high figure.

RÉSUMÉ

Bestard Pividal, G. E. et al. *Dysplasie congénitale de la hanche. Etude dans l'aire de santé de la polyclinique d'enseignement "Luis Pasteur".* Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

Les auteurs étudient l'incidence de la dysplasie congénitale de la hanche dans l'aire de santé de la polyclinique d'enseignement "Luis Pasteur", laquelle compte sur une population de 2 505 enfants entre 1 et 5 ans. L'étude a porté sur 130 enfants sains pris au hasard pendant les examens de puériculture à l'âge de 12-18 mois. Ils ont été soumis à une étude radiographique de la hanche; l'emploi de la plaque de plexiglass du Prof. Müller, a rendu plus facile l'établissement du diagnostic de dysplasie. L'incidence était de 11,5%, ce qui constitue un chiffre élevé.

РЕЗЮМЕ

Бестард Пивидаль, Г.Е. и др. *Врожденная дисплазия бедра. Исследование, проведенное в поликлинике имени Луиса Пастеура.* Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

Осуществляется изучение частоты дисплазии врожденной бедра среди детского населения общим числом в 2 505 в возрасте от 1 года до 5 лет; изучение проводится в клинической поликлинике имени Луиса Пастеура. Во время проведения послеродового обследования были взяты на выбор 130 детей в возрасте от 12 и 18 месяцев. Было проведено радиографическое исследование бедра этих детей. Применение плексиглазовой доски профессора Мюллера значительно была облегчена постановка диагноза дисплазии. Результаты, полученные нами в отношении частоты смещения бедра, равнялись 11,5%, что является очень высокой цифрой.

BIBLIOGRAFIA

1. Müller, M. E. Funktionelle Hüftdiagnostik beim Kind, Bücherreihe Hommel 2 Buch, "Funktionsprüfungen", 1973. Pp 1-16.
2. Crenshaw, A. H. Campbell's operative orthopaedics. Fourth Editions. The C. Mosby Co. 1963. P. 877.
3. Massie, W. K.; M. B. Howorth. Congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 32A: 519-531, 1950.
4. Ilfeld, F. W. The management of congenital dislocation and dysplasia of the hip by means of special splint. 38A. 99-109, 1957.
5. Meckenzie, I. G. Congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg 54B: 18-38, 1972.
6. Mitchell, G. P. Problems of the early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 51B: 4-12, 1972.
7. Smaill, G. B. Congenital dislocation of the hip in the newborn. 50B. 524-536, 1968.
8. Owen, R. Early diagnosis of the congenitally unstable hip. J Bone Joint Surg 50B: 453-454, 1968.

Recibido: abril 22, 1980.

Aprobado: mayo 5, 1980.

Dr. Gustavo E. Bestard Pividal
Hospital docente "Enrique Cabrera",
Ciudad de La Habana.