

# Diagnóstico Precoz de la Luxación Congénita de Cadera

Por  
Dr. Alberto Brenes Sáenz \*

Es una malformación del aparato músculo-esquelético muy frecuente en nuestro medio, y es al pediatra y médico general a quien le corresponde hacer el diagnóstico.

Lamentablemente es esta una malformación congénita no aparente, el niño parece ser "normal" y si no se buscan sus signos precisos, pasa desapercibida hasta que el niño inicia la marcha que es cuando la madre nota la claudicación.

La importancia del diagnóstico precoz en las dos primeras semanas de vida estriba en su tratamiento sencillo con resultados excelentes. En cambio, a mayor edad se diagnostique, el tratamiento es cada vez más difícil y con peor pronóstico.

Por eso, el médico pediatra o general está obligado a diagnosticarlo precozmente por lo cual en todo niño recién nacido debe buscarla premeditadamente, así como se buscan otras malformaciones (ano imperforado, atresia del esófago, etc.)

Para el diagnóstico precoz, el signo más constante en el **SIGNO ORTOLANI Y BARLOW** que se busca en la siguiente forma: niño en decúbito dorsal con piernas hacia el examinador, flexionándole completamente las rodillas de tal forma que las piernas toquen los muslos y flexionándole también las caderas a 90°. El dedo medio de cada mano se coloca sobre trocánter mayor. Y el pulgar en la cara interna del muslo en dirección al trocánter menor. Entonces con una mano se estabiliza y fija la pelvis, con la otra se lleva el muslo en abducción (hacia afuera) haciendo presión al mismo tiempo sobre trocánter mayor hacia adelante. Si

---

\* Jefe de Servicio de Ortopedia Hospital Nacional de Niños. Asistente de Rehabilitación Hospital San Juan de Dios.

la cabeza femoral se desliza hacia adelante dentro del acetábulo, LA CADERA ESTA LUXADA. Si no se desliza está sana. Una vez terminada la maniobra debe hacerse lo contrario; es decir, con el dedo pulgar se hace presión hacia atrás y afuera; si la cabeza se luxa aunque al quitar la presión la cabeza vuelve espontáneamente a su lugar, se dice que esa cadera ES LUXABLE AUNQUE NO ESTA LUXADA y debe tratarse como una luxación de cadera. Con la primera maniobra se obtiene el SIGNO DE ORTOLANI, con la segunda el SIGNO DE BARLOW.

Una vez explorada una cadera se pasa a explorar la otra. Otro signo clínico ya no tan precoz pero si importante por ser frecuente, es la CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS ADUCTORES: normalmente en un niño se puede abducir (hacia afuera) los muslos hasta pegar su cara externa a la mesa de exploración; siempre que se encuentre una limitación a la ABD (abducción) debe pensarse en un problema de la cadera y descartar de primero la luxación congénita. Otras entidades que pueden producirla y con ellas se debe hacer diagnóstico diferencial son los siguientes:

- a) Resistencia voluntaria; se vence con la paciencia y la persistencia del explorador.
- b) Espina bífida con problemas neurológicos.
- c) Trauma obstétrico con fractura de la epifisis femoral proximal.
- d) Parálisis cerebral infantil, especialmente el tipo espástico.
- e) Condrodistrofia, Enfermedad de Morquio y Síndrome de Hurler, pero que va acompañado de otras malformaciones aparentes.
- f) Coxa vara congénita, que no se hace aparente antes de 4 años.
- g) Artritis de la cadera: piógena, TBC, luética.
- h) Escorbuto y raquitismo: puede dar miembros dolorosos y limitación a la movilidad.
- i) Enfermedad de Still o Artritis reumatoide, pero incluye varias articulaciones a la vez.
- j) Poliomielitis. Puede producir contractura de los ADD.
- k) Escoliosis congénita: puede producir basculación pélvica y contractura de los ADD en el lado que está ascendido.

Una vez hecho el diagnóstico clínico si existe la presunción de luxación congénita, debe hacerse un estudio radiológico para comprobarlo. Pero como en el recién nacido los núcleos epifisarios de las cabezas femorales aún no han aparecido (aparecen hasta los 4-6 meses), un estudio de Rx corriente da pocos datos. Por eso

---

hay que solicitar la radiografía siguiendo el método de "VON ROSEN" colocando el niño en decúbito dorsal con ambas caderas con 45 grados de abducción y en rotación interna de los muslos.

En la Rx, el eje longitudinal del fémur, cuando la cadera está luxada, se entrecruza con la prolongación del otro fémur pero no en la articulación sacrolumbar como es lo normal sino que apunta hacia la E. I. A. S.

Este método radiológico además de que es útil nos ayuda al diagnóstico. Por último, una vez confirmado el diagnóstico debe referirse a ortopedia para su tratamiento adecuado.

---