

Diagnóstico Precoz de Luxación Congénita de Cadera

Julio Berrocal G*

Vladimir Gordianko O**

Ricardo Castro O***

El término de displasia congénita de cadera preconizado por Vittorio Putti, en la literatura mundial es ciertamente el más apropiado. Sólido apoyo recibe esta denominación si pensamos que en realidad una cadera se puede considerar luxada entre los 8 meses y el año, período en que el niño inicia la deambulacion. En otras palabras, cuando la articulacion es por primera vez sometida a estímulos mecánicos debiendo soportar el peso del cuerpo. En el recién nacido existe una displasia congénita en un estado denominado por Putti "pre-luxación", y es esta la alteración morfológica que se puede heredar (superior al 20%) y no la luxación que es, en mayoría de los casos, congénita. Véamos íntegramente cómo definió Putti la luxación congénita de cadera en el año 1937: "La luxación congénita de cadera debe concebirse como el estado final de una pre-luxación, es decir la fase más madura y no obligatoria de una displasia articular". Esta displasia puede en el curso de su evolución detenerse en una u otra de sus fases y manifestarse como simple paramorfismo cotiloideo o cefálico, subluxación, luxación franca o finalmente como una luxación inveterada. De esta genial definición demostrada ampliamente por Putti, podemos ya iniciar la exposición del aspecto central de esta publicación, es decir el diagnóstico precoz de luxación congénita de cadera. Las diferentes evoluciones que puede sufrir una cadera displásica presentan dificultades inimaginables para dar en algunos casos un diagnóstico exacto. El diagnóstico erróneo puede derivar no sólo del problema orgánico en sí, como antes descrito, sino también de los debates interminables que se han llevado a cabo por autores de valía mundial refiriéndose a signos por muchos años aceptados y hoy puestos en duda al menos en cuanto a su valor patognomónico. Todas estas discusiones no han logrado otra cosa que confusión a quien se prepara a emitir un diagnóstico tan importante. No ponemos en duda que el signo de diagnóstico más respetado en todo el mundo es el de Ortolani, el más discutido también. En todo caso, dada su importancia, creemos merecer ser desarrollado ampliamente en primer lugar. Es un deber recordar que ya Putti había descrito este signo en 1927; así se expresaba al respecto: "Al finalizar tal maniobra (maniobra de Joachimsthal) hemos podido escuchar más de una vez un crujido dulce, verdadero rumor de reducción. Aparentemente, también Hoffa se refirió a dicho signo, negándole toda importancia y considerándolo más bien un hallazgo ocasional. Ortolani realizó sus estudios en niños en los primerísimos meses de vida, complementándolo con un magistral estudio anátomo-patológico que supera las 30 observaciones. Antes de entrar a considerar el signo de Ortolani en todos sus aspectos, consideramos necesario enumerar los diferentes signos clínicos descritos, los cuales sucesivamente serán discutidos.

* Asistente del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

** Jefe de Clínica de Ortopedia del Instituto Nacional de Seguros.

*** Residente del Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

Signos clínicos de la luxación congénita de cadera unilateral.

- 1) Signo de Ortolani.
- 2) Hipotrofia de todo el miembro inferior.
- 3) Rotación externa de todo el miembro inferior en posición de reposo.
- 4) Médica flexión del muslo sobre la pelvis.
- 5) Acostamiento del miembro inferior afectado.
- 6) Asimetría de los pliegues cutáneos del muslo en el lado luxado, que son más profundos, numerosos y proximales. Esta disposición es más evidente en la región glútea que no en la inguinal.
- 7) Contorno más pronunciado de la cadera afectada por la mayor exposición del trocánter mayor con el pliegue lumbo glúteo más pronunciado.
- 8) Aplanamiento de la nalga del lado luxado con el paciente en posición prona.
- 9) Leve rumor de crujido al extenderse pasivamente el miembro afectado.
- 10) Abducción limitada o difícil del muslo a realizar la maniobra de Joachimsthal que es la siguiente: Colocado el niño en posición de rana, es decir con muslos flexionados sobre la pelvis, al intentar abducirlos se nota mayor resistencia acompañada o no de limitación del lado enfermo.
- 11) Signo de Delitala. Puesto el paciente en posición de pronación se abducen los miembros inferiores mantenidos en extensión. Hay limitación en el miembro enfermo mientras el perfil externo del muslo es más pronunciado.
- 12) Signo de Bocchi. Posición del pie en talo-valgismo.
- 13) Signo de Peter-Bade. El pliegue de la parte media e interno del muslo, está ascendido cuando la lesión es unilateral.
- 14) Signo de Savariaud. El niño con los miembros inferiores juntos viene puesto en posición sentada. Cuando la displasia es unilateral el miembro inferior afectado aparecerá más corto.
- 15) Signo de Dupuytren, llamado también signo del pistón. Consiste en traccionar el miembro o miembros inferiores afectados, los cuales se dejan "alargar" volviendo a su posición original una vez cesada la tracción distal. La repetición continuada de esta maniobra da la idea de un pistón funcionando.

Signos clínicos de la luxación congénita de cadera bilateral.

- 1) Signo de Ortolani.
 - 2) Rotación externa de los miembros inferiores en posición de reposo.
 - 3) Mayor distancia entre los bordes internos de los muslos que no se tocan.
-

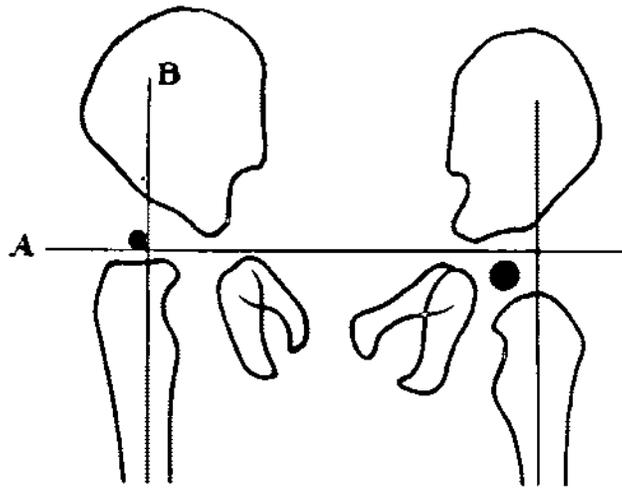


Foto Nº 1.—Signo radiológico de Higerbeiner

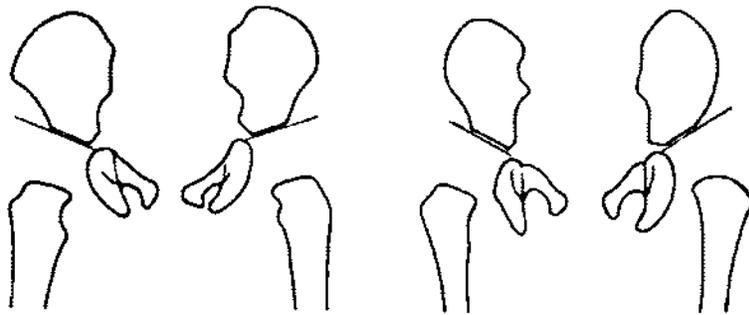


Foto Nº 2.—Signos radiológicos que muestran oblicuidad del techo cotiloideo, interrelación con la línea de Shenton.

- 4) Una curvación más regular de los flancos y una distancia en diámetro transversal mayor entre ambos trocanteres.
- 5) Aplanamiento de ambos glúteos.
- 6) Abducción limitada o difícil de ambas caderas.
- 7) Signo de Bocchi.
- 8) Mayor longitud y profundidad de los pliegues inguinales.

Signos clínicos radiológicos.

El examen radiológico es importantísimo para el diagnóstico precoz de displasia congénita de cadera. Se basa todavía hoy día en la famosa triada radio sintomática de Putti, descrita magistralmente por el autor en 1937:

- 1) Marcada oblicuidad del techo cotiloideo. Este signo se busca de primero ya que de por sí sólo puede ser suficiente para el diagnóstico de preluxación congénita en los primeros meses de vida.
- 2) Hipoplasia del núcleo y osificación de la epífisis femoral con aparición retardada o no (núcleo que aparece normalmente entre el cuarto y quinto mes de vida, pero su aparición puede ser tardía hasta el octavo mes).
- 3) Diástasis de los elementos articulares: Migración de la cabeza femoral colocándose por encima y separándose de la línea que une los cartilagos A.Y., del fondo de acetábulo. La inclinación del techo cotiloideo en el lactante, es de 30 a 25°, pudiendo alcanzar en las caderas displásicas los 45° o más. A ésta descripción el autor italiano agrega que en caso de un cuadro de la forma embriológica el cuadro radiológico precoz se caracteriza por un cuello extremadamente valgo, con el núcleo apoyado directamente en el centro del borde de la metáfisis superior.

Otros signos radiológicos son: el de Delitala que se realiza considerando un cuadrilátero cuyos lados son representados en alto por el techo cotiloideo, abajo por la metáfisis femoral y los lados por las líneas que unen las antes descritas. El núcleo cuando ya es evidente debe encontrarse en la mitad medial o interna del cuadrilátero en condiciones normales. En caso contrario la cadera debe considerarse dismórfica. Menard considera signo muy importante la interrupción del arco de Shenton (Línea que en condiciones normales une la arcada sub-pública y el margen inferior cérvico-diafisario formando una curva continua que por el contrario, en la cadera pre-luxada se encuentran interrumpidas.

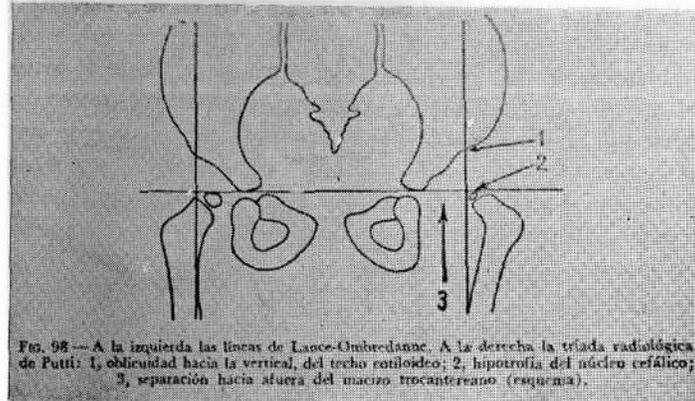


Foto Nº 3

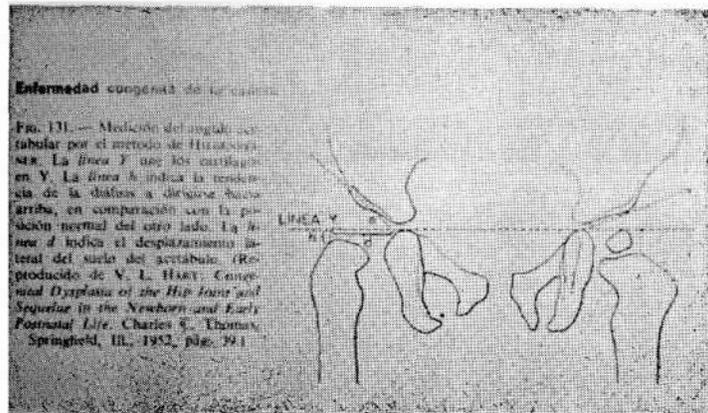


Foto Nº 4

Es importante la línea de Higerbeiner que consiste en lo siguiente: Se traza una horizontal sobre los cartílagos, verticales perpendiculares a esta línea pasando por la parte más saliente de los cótilos. Lo normal es que el núcleo cefálico, en el cuadrante infero interno se encuentre colocado. En la etapa de pre-luxación estará más en el cuadrante infero interno, después según sea más grave avanza en altura y situación interna. Finalmente como medio de diagnóstico viene usada la artografía. Esta se realiza con medios de contraste transparente (aire) técnica introducida por Putti y sucesivamente realizada con medios de contraste radio opacos (Sievers, Manrique, Stadt, Leveuf, etc.). Esta técnica ha sido prácticamente abandonada hoy día por los peligros que puede presentar para su ejecución en niños recién nacidos.

Signo de Ortolani.

Así describió su signo Ortelani en 1935: "Sensación advertida a veces sólo por la mano que opera, a veces inclusive visible. Sensación táctil y visible de un salto, sacudido o disparo que se produce cuando el pequeño paciente colocado en posición supina con los muslos flexionados a 90° sobre la pelvis, las piernas flexionadas sobre el muslo, al abducir y rotar al externo los muslos que antes estaban en posición de abducción realizando un movimiento breve sosteniendo la rodilla en la palma de la mano el pulgar al interno y ejerciendo con los otros dedos sobre el trocanter presión en dirección latero medial (maniobra que se diferencia muy poco de aquella ideada por Paci y perfeccionada por Lorenz para la reducción de la luxación congénita). Cuando se realiza el "salto" que testimonia el regreso de la epífisis femoral a su sede cotiloidea, generalmente desaparece la limitación de la abducción. El mismo signo se puede obtener, pero muy rara vez, manteniendo el niño en posición supina como ya descrito abduciendo y rotando levemente hacia el interno el muslo. Más raramente aún extendiendo con la mano derecha el miembro inferior después de haber mantenido el niño en posición de rana y en pronación mientras la mano izquierda apoya sobre la región glútea homónima y finalmente el "click" aduciendo el muslo flexionado sobre la pelvis (Click de salida), o llevando el muslo de la flexión a la extensión (click de salida). El substrato anatómico fisiopatológico del signo de Ortolani está constituido por una anómala relación que en la posición de flexo-adducción del muslo sobre la pelvis, existe entre la epífisis femoral y el acetábulo anormalmente formados por lo que obliga a la cabeza femoral a apoyar la fovea capitis a caballo de la ceja cotiloidea o a superar la misma de donde la aparición del signo a realizarse (a la salida o la entrada de la epífisis durante la maniobra debe ejecutarse en ambiente tranquilo y con el pequeñísimo paciente lo más distraído posible. Ortolani en su monografía insiste en que es necesario un entrenamiento corto pero adecuado para poder realizar el signo con exactitud. Ortolani perfeccionó su maniobra en un segundo tiempo ejecutando una presión directa con la palma de la mano durante la fase de flexión y adducción,

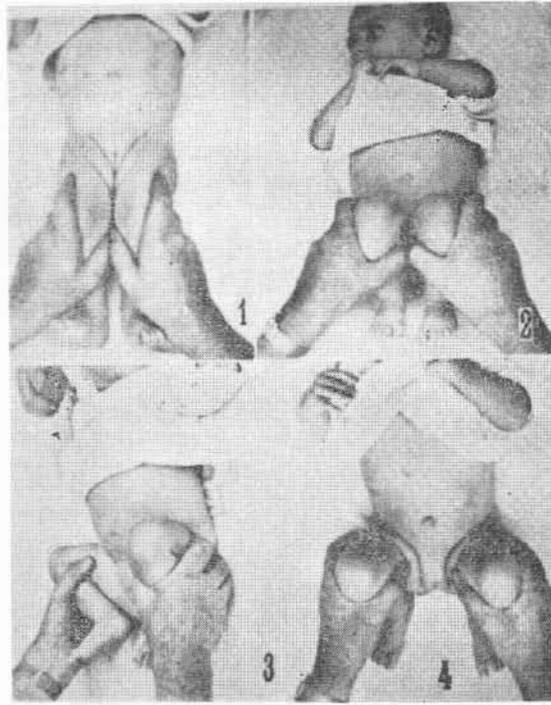


Foto N° 5.—Maniobras que deben verificarse en el niño para buscar el signo de Ortelani.



Foto N° 6.—Secuencia de las maniobras que deben seguirse para encontrar el signo de Ortelani.

favoreciendo así el alejamiento de la epífisis femoral. En algunos casos Ortolani por el contrario aconseja la tracción. Esto permite obtener el signo en forma más neta, especialmente en aquellos casos en que la cabeza femoral regresa a su sede por el sector superior o postero superior del acétabulo. Ortolani afirma que el signo es positivo en el 100% de los casos en el primer trimestre de nacidos los niños, 90% en el segundo y 58% en el cuarto trimestre. ¿Es el Ortolani signo patognomónico en contraposición a un vasto grupo de estudiosos que en sus publicaciones lo describen o sobrentienden como tal. Ortolani mismo, sostiene que su signo clínico revela el estado preparatorio de la displasia hacia la luxación (corresponde a la preluxación según Putti) estado que denominó con el término de "cadera que tiende a luxarse". Ortolani insiste en que su presencia puede ser acertada en los primerísimos días de la vida. El estudio radiológico antes del tercer o cuarto mes es prácticamente inútil como veremos más adelante. Se trata un argumento importantísimo en este trabajo, el diagnóstico precoz de luxación congénita de cadera (L.C.C.), en otras palabras, se reafirma el concepto mundial de que la eficacia del tratamiento está en el actuarlo, si es posible, en los recién nacidos. La presencia del "click" no solamente permite el diagnóstico sino que puede darnos un pronóstico acerca de la evolución de la lesión (especialmente cuando no se puede contar con el auxilio de una radiografía) desde el punto de vista clínico, y luego en meses sucesivos en los cuales su persistencia indica un mal pronóstico a pesar de la existencia de radiografías aceptables en cuanto a la centración de la epífisis femoral. La experiencia no sólo confirma este hecho, sino que cuando el "click" se obtiene con la maniobra en flexo abducción, es decir, en la fase de reducción, es más neta que en la fase de salida obtenido con las variantes de esta maniobra. Llegados a este punto, creemos que se dió respuesta al concepto de signo protagnomónico como Ortolani lo expone. Su negatividad no excluye la displasia en sí, simplemente permite descartar las caderas con grandes posibilidades de continuar hacia una deformidad mayor de aquellas caderas que serán un problema moderado de paramorfismo o que evolucionarán espontáneamente hacia una completa auto-corrección. Autores como Hilgenreimer, Frejka, el japonés Nagura, el ruso Marx, el alemán Hoffa, etc., reconocen la real importancia de este signo clínico precoz. No se pone en duda el valor extraordinario que tiene el estudio radiológico como medio de diagnóstico y pronóstico. Ahora su valor real es utilizable en gran escala a partir del tercer o cuarto mes, ya que inclusive a esta edad en muchas ocasiones es un signo de presunción, además de que no puede revelar jamás el verdadero problema funcional y anatómico-patológico de la lesión. Este puede confundirnos en cuanto a la evolución de la enfermedad (como por ejemplo un techo cartilaginoso completo con retardo de osificación). Si bien la triada de Putti sigue siendo radiológicamente la base del diagnóstico, el mismo autor en 1937, habló de diferentes grados de oblicuidad desde un techo tipo A con máxima verticalización, hasta un techo, C en el cual hay un ángulo obtuso, pasando por un tipo B de

inclinaciones variables, algunas muy difíciles de precisar, especialmente cuando el núcleo cefálico no ha hecho su aparición radiológica obligándonos a basarnos en la sola presunta oblicuidad del techo. Los techos de tipo A y B nos dejan en grave duda en cuanto a la normalidad o menos de la articulación y en este segundo caso en que estado de evolución se encuentra la displasia. Aquí cabe la necesidad de llamar en causa el signo de Ortolani puesto que en caderas en que el signo era positivo el techo presentaba mínima oblicuidad o era normal, viceversa la negatividad del signo en otras ocasiones no era compatible con la presencia de un techo radiográficamente displásico. Esta demostración fue posible por medio de la artrografía que demuestra en el primer caso que el radiograma pecaba por exceso, y el segundo por defecto pues el techo en apariencia era suficiente, pero la cabeza se desplazaba en el primer ejemplo, siendo lo contrario en el segundo, donde la presencia de un techo amplio cartilaginoso no permitía la dislocación de la epífisis femoral. En otros casos se constató un Ortolani positivo que en el primer mes la radiografía mostraba un techo normal, sucesivo control 3 meses después era evidente la oblicuidad del mismo. Estas observaciones en absoluto desmerecen la importancia de los signos radiológicos, únicamente debe ser evaluada con mucho criterio. En cuanto a la artrografía sin profundizar el examen en todos sus detalles se debe considerar como un examen importante para fines quirúrgicos, evalúan de antemano la lesión patológica existente en aquellas caderas displásicas renuentes a ser tratadas incruentamente. Desde luego, no podemos aceptar el concepto de Leveuf quien sostiene la necesidad de la artrografía como examen de rutina.

T. G. Barlow de acuerdo con su experiencia y basándose en un estudio de Von Rosen recalcó que el Ortolani es un signo satisfactorio en niños de un año de edad. Agrega el autor que el signo Ortolani-Barlow (que es una variación del original de Ortolani que el mismo autor italiano describió ampliamente en su monografía magistral, insistiendo en lo difícil de su ejecución y sobre todo que, en aquellas caderas en que esta variación del signo intrarotación en vez de extrarotación de los muslos da siempre un pronóstico que debe considerarse más grave) no es posible obtenerlo con facilidad en recién nacidos sosteniendo la hipótesis que en esta edad la ceja cotiloidea posterior es mínima o nula. La seriedad del autor inglés no se discute y su experiencia debe ser tomada muy en cuenta. Sin embargo, es admisible pensar que el autor sistematizó la maniobra Ortolani-Barlow y no la original de Ortolani, especialmente si nos apegamos al concepto de cadera con tendencia a la luxación y al concepto puro de displasia. Por otra parte, el estudio minucioso de artrografía, autopsias, etc., realizadas por el autor italiano, le permiten poder con autoridad afirmar que el signo es menos frecuente al año ya que las condiciones anatómicas esenciales para la realización de la maniobra inicial son las siguientes: a) La posibilidad de que la cabeza femoral pueda salirse al menos parcialmente (empotramiento

"con la fovea cavitis" y con el ligamento redondo sobre la ceja cotiloidea) y retornar a su posición original. b) Pequeño obstáculo para superar, y superable, es decir una ceja cotiloidea aplastada, arrotundada o roma. En otras palabras, la aparición del signo es más posible mientras existan elasticidad de ligamentos, cápsula y elementos músculo tendinosos asociados a una ectopia mínima de la cabeza femoral en sentido lateral y superior. Esta situación, presente en recién nacidos, se va perdiendo con los meses, hasta crearse un alejamiento marcado de la cabeza femoral con la formación de un neo-cotile (falso) y una severa retracción y tensión capsular ligamentosa (favorecido por el apoyo sobre el miembro) que hará muy difícil o imposible obtener un Ortolani positivo. Por otra parte el autor griego K.Kausberglow (1965) afirma que el signo del "click" no es infalible. De la misma idea son los autores yugoeslavos S.Stojanovic y V. Cupic (1962) quienes reportan una casuística de 1.317 casos de niños estudiados con un porcentaje de Ortolani positivo del 1,7% y signos radiológicos positivos en el 6,13%.

Limitada abducción (signo de Joachimtal)

Signo clínico de grandísima importancia, segundo únicamente al de Ortolani (80% de 1.400 caderas displásicas estudiadas en Ferrara, Italia), sostenido con firmeza por innumerables estudiosos como Bauer, Frieberg, Chapple, Freyka, etc. En muchos casos es el único signo que en principio nos hace sospechar la posibilidad de una displasia a tal punto que, si se procede a reducir la cadera, poniendo en práctica la maniobra para obtener el signo de Ortolani, que al permitir centralizar la cabeza provoca la desaparición de la limitación. Al inicio de este trabajo fueron enumerados y descritos ampliamente los diferentes signos clínicos de la lesión, la mayoría de ellos tiene una importancia por sí solos insignificante. Adquieren valor si acompañan a los signos fundamenatles (Ortolani, Joachimtal, extrarotación del miembro inferior, pie talo valgo, asimetría de pliegues, en orden decreciente en importancia). Consideramos necesario insistir sobre algunos de ellos por el mayor porcentaje con que se presentan en los pequeños pacientes: aplanamiento de la nalga, acortamiento del miembro afectado, signo de Peter-Bade, el signo del telescopio, etc. Algunos otros como el signo de Dupuytren, hipotrofia del miembro, signo de Delitala, etc. Se presentan en porcentajes variables pero siempre acompañando los signos principales. Por sí solos no tiene ningún valor como diagnóstico.

Diagnóstico radiológico.

El estudio radiológico viene considerado por muchos como el único medio seguro e indispensable para obtener un diagnóstico de displasia. Creemos que cuanto se acaba de decir es indiscutible en el sentido absoluto. Dicho de otra manera, cuando no existan límites de edad, ya que de ser así, disminuye como veremos en la conclusión su valor diag-

nóstico. A la famosa triada de Putti como signos clínico radiológicos fundamentales se agregan egregiamente los signos de Delitala, el de Menard y el de Higerbeiner, así como otros de menor importancia. Creemos necesario insistir sobre la negatividad del diagnóstico radiológico precoz (1 o 2 meses) reportando lo demostrado por medio de artrografías por los autores como: Faber, Stade, Bertrawb y Leveuf. Especialmente Faber, realizando artrografías en niños recién nacidos, demostró como caderas que en radiografías normales aparecían con techos oblicuos (declarados como displásicos) eran en realidad techos fibrocartilagosos amplios con acetábulos normales donde no cabía la menor duda de que se trataba de caderas normales sin ninguna tendencia a evolucionar hacia la luxación.

Discusión y conclusiones.

El diagnóstico tardío de L.C.C., puede conducir a lesiones irreparables lo que es inadmisiblesi se piensa que un diagnóstico precoz puede evitar una deformidad dolorosa que no sólo es invalidante, para el paciente desde un punto de visto funcional, sino también motivo de complejos en ocasiones más graves que la misma enfermedad. Esta grave lesión dignosticada precozmente puede ser curada en la gran mayoría de los casos, exceptuando aquellos en que el cuadro displásico viene incluido en el grupo de las lesiones de tipo embrional rebeldes a cualquier tratamiento cruento o incruento. ¿Cómo frenar la evolución de la enfermedad y obtener una recuperación lo más completa posible? En realidad pareciera una herejía afirmar que no solamente es posible sino que es relativamente fácil el realizarlo. Y la respuesta afirmativa se limita a dos palabras "diagnóstico precoz". Desde luego para esto se necesita no solamente personal médico preparado, sino también un cuerpo de enfermeras capaces incluyendo un grupo tan importante como son las obstétricas. Por otra parte, es necesario una campaña de parte de los médicos especialistas en pediatría con el propósito de preparar las madres con indicaciones que se consideren específicas para el diagnóstico. Pensamos que el diagnóstico de una luxación en su período tardío es simple, pero la cura extremadamente difícil y costosa, contrariamente a un tratamiento profiláctico o curativo iniciado en los primeros meses de la vida, que nos dará la gran satisfacción del éxito final. El costo será mínimo y sobre todo la ejecución del tratamiento será tan simple que casi resulta increíble que un simple pañal aplicado oportunamente puede evitar una futura desagradable deformidad. Por diagnóstico precoz entendemos el que se hace en recién nacidos y niños no mayores de 4 y 5 meses. Esto es posible si se generaliza un control minucioso de todos los recién nacidos con un segundo examen clínico y radiológico al cumplir los cuatro meses. Antes de entrar en el argumento puramente clínico, es necesario reconocer que, quien mayormente está obligado a admitir un diagnóstico precoz, es el pediatra ya que el Ortopedista es en condiciones excepcionales que entra en contacto con un

niño menor de 10 meses de edad. En líneas anteriores hemos ampliamente desarrollado los signos clínicos y radiológicos necesarios para el diagnóstico en general de la enfermedad. Ahora insistiremos en aquello que realmente nos pueden dar la llave del éxito en recién nacidos. En primer lugar, llamamos en causa el signo de Ortolani que se puede obtener inclusive en el inmediato "pos-partum". Su ejecución es simple y su positividad en presencia de una displasia es muy elevada. La limitación de la abducción es otra maniobra que debe ser por fuerza realizada para cambiar al niño. Su positividad es alta. Es alta la limitación más evidente que impulsa a la madre en muchos casos a interpelar al pediatra. En este caso el médico debe, de inmediato, buscar el Ortolani el cual, si se realiza poniendo en práctica la maniobra más usual al centrar la cabeza femoral, se elimina simultáneamente la limitación para la abducción. En algunos casos, el Ortolani no es positivo por la contractura muscular por lo que se recomienda en estos casos mantener el niño en estos casos mantener el niño en abducción con pañales pocos días. Después, superada la resistencia muscular este será netamente positivo. En los primeros tres meses los signos denominados de posibilidad o no existen o es prácticamente imposible obtenerlos por la edad del pequeño paciente. En caso de que se halle presente uno o los dos signos más importantes se impone de inmediato la medida curativa con aparatos en abducción; el cojín de Frajka o más simple aún con el uso de pañales realizando obligatoriamente un control radiográfico al cumplir los cuatro o cinco meses de vida. En caso de que dichos signos no estén presentes, pero existe la mínima duda, se procederá a mantener el niño en posición de abducción usando uno de los métodos arriba descritos. Es muy importante en caso de diagnóstico precoz o de presunción, o si existe la mínima duda, insistir con los parientes del niño en el sentido de que bajo ninguna circunstancia inmovilizar el niño con los miembros en adducción y extensión (posición que en caso de displasia luxable provoca la dislocación de la cabeza femoral como sucede en los partos, especialmente podálico, en que el feto pasa de oposición de flexión a la extensión), así como invitar a las madres, cuando tengan el niño en brazos, a mantenerlo apoyado en el costado, de manera que los miembros inferiores se mantengan en abducción (razón por la que los indios en Suramérica prácticamente desconocen la evolución en luxación franca de la displasia en sus habitantes al realizar involuntariamente una cura profiláctica sistemática derivada de las costumbres propias de la raza para transportar los niños). Antes del cuarto mes el examen radiológico no dará ninguna respuesta decisiva, únicamente de presunción. Las razones, repetimos, son varias; entre ellas, ausencia del núcleo cefálico, oblicuidad del techo no siempre evidenciable y cuando lo es, no significa como se explicó ampliamente en páginas anteriores, necesariamente displasia del techo cotiloideo. En este periodo puede ser útil únicamente en el caso de displasia de tipo embrional en que el valgismo es exagerado y el techo es normal. Pero este cuadro radiológico además de no ser siempre definitivo, es en línea máxima innecesario ya que a esta

forma se asocian generalmente otras malformaciones graves. En este tipo de displasia el Ortolani es casi siempre negativo. Su frecuencia no llega al 1%. Además de controlar con radiografías los pacientes diagnosticados o dudosos en el cuarto mes es necesario radiografiar igualmente aquellos que no hallan sido examinados en el primer mes de vida. Esto nos permitirá un diagnóstico radiográfico positivo o altamente positivo que, unido al examen clínico, nos darán respuestas con resultados positivos o negativos. Superado el quinto mes, además de los signos clínicos y radiológicos citados, los llamados de probabilidad aumentan su porcentaje de positividad, especialmente porque el niño al crecer permite un examen y una observación más completa (asimetría de las caderas, hipotrofia del miembro inferior, aplanamiento marcado de la nalga, el signo del telescopio etc.). No es nuestro deseo profundizar sobre la sintomatología en niños que han superado los cinco meses de edad, ya que nuestra intención en este trabajo es insistir hasta donde sea humanamente posible en el diagnóstico precoz. Es imposible la realización de un plan que no vacilemos en considerar de carácter urgente y nacional en el sentido de preparar la nación en todos los estratos sociales y profesionales insistiendo especialmente en el grupo de médicos encargados de la puericultura con el fin de obtener el mayor número de diagnósticos precoces de esta terrible enfermedad. Si bien en nuestro país no tiene porcentaje tan elevado como en algunas naciones europeas donde existen regiones en las que el porcentaje de displásicos llega a alcanzar el 50%, puede servirnos de ejemplo las medidas tomadas por estos países y aplicarlas como ley. Se debe incluir entre estas medidas un examen clínico obligatorio de todos los recién nacidos, radiografías obligatorias a los 5 meses de edad y finalmente corren por cuenta del Estado los gastos los gastos que estas medidas ocasionan. En este trabajo no se ha dicho nada que no esté ya descrito, simplemente hemos tratado de insistir en el diagnóstico precoz de esta enfermedad impulsados por el convencimiento de que éste es posible y sobre todo, por el beneficio incalculable que obtendrían centenares de inocentes pequeños pacientes.

RESUMEN

Durante el presente trabajo hemos hecho una amplia descripción de todos los signos clínicos y radiológicos necesarios de tener en mente para el diagnóstico de la luxación congénita de cadera. Insistimos en que el diagnóstico precoz es de imprescindible valor y hacemos un llamado al interés del médico pediatra, de las enfermeras obstétricas y de las enfermeras puericultoras, para llegar al diagnóstico de esta displasia lo más tempranamente posible.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BARLOW T.G.—“Early Diagnosis and Treatment of congenital Dislocation of the hip”. *J. of B. Surg.* 1962. Vol 44-B 292-294. “Proceeding *J. of B. Surg* 1961. Vol. 43-B 603.
 - 2.—BAUER F.—Nuova cura della Lussazione congénita dell'anca chirurgia degli Organi di Movimento. Vol. 19, 1934.
 - 3.—BELLEL.—La diagnosis precoce della lussazione congénita dell'anca *Difesa sociale* n. 2, 1934 e.
 - 4.—BERTRAND et LEVEUF.—L'arthrographi dans la luxation congenitabe de la hanche. *La presse medical* n. 23, 1935.
 - 5.—BOCCHI L.—Ategiamento del piede in talo-valgismo rivelatore di prelussazione congenita dell'anche. *Arch. Ital. di Ped e Puericultura*. Vol. 6 n. 5.
 - 6.—CHAPPLE C.—Congenital dislocation of the hip in infancy *J. Pediar.* Vol. 6, p 306, 1935.
 - 7.—DELITALA F.—Domenicomi S. *Lezioni di Ortopedia e Traumatologia dello Scheletro*. Edit. Patron. Bologna 1947.
 - 8.—FABER A.—*Untersuchungen ueber die Arttiologie und Pathogenese der angeborenen Hüftgelenkversenkung*. Thieme, Lipsia, 1938.
 - 9.—FREJKA, BEDREIH.—*Behandlug der angeborenen Hüftgelenkvenenkung in ersten Lebensjahr*—*Cás Lesk* 553, 1941.
 - 10.—GOIDANICH I. F.—*Compendio di ortopedia e Traumatologia* E. Calderini. P.93-113.
 - 11.—HILGEMBSHEIMER H.—*Ein fall von Willkurflicher Luscation der Hüfte Leing Kleinkinde*. 2. orthop. chir. Bd. 56. S. 259, 1932.
 - 12.—LEVENF J e BERTRAND.—L'arthrographi dans la luxation congenitale de la hanche. *La presse med.* N. 23. 1937.
 - 13.—KAURBEROGLUO K.K.—*J. of B ÷ J. Surg* 1965. Vol. 47. B p 806
 - 14.—MARX.—*Ort v Traum.* Vol. 43. P. 23 e rec in *Zentbl. L. Ges. Chiru.*
 - 15.—NAGURA.—*Shigeo Yoshida Shirama*.
 - 16.—ORTOLANI M.—Un segno poco noto e la sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congénita dell'anca. *Atti dell'Accademia Médica, Ferrara*, 1936 e *La Pediátrica* N.2, 1937.
 - 17.—ORTOLANI.—*La lussazione congénita dell'anca* · Cappelli Editore Bologna monografia completa original del autor.
 - 18.—ORTOLANI M.—*Galante Nuovi criterio deagnostici e profelatticoterapeuticic della prelussazione congenita dell'anca*. atti. acc. Scienze. Ferrara, 1938.
 - 19.—ORTOLANI M.—*La Diagnosi precocissima della lussazione congenita dell'anca*. *Policlinico Infantile* N.4-1945.
 - 20.—PUTLI V.—*La gianosi e la terapia precoce della lussazione congenita dell'anca*. *La Pediatria* N° 1-1935.
 - 21.—STAD. T. R.—*Die arthoragrap e des Hüftgelenks bei Kongenitales Hüfthuxation*. *Nederl Tydschr Geneesk* S. 4739, 1939.
 - 22.—SHERMAN S.—*J. of B : J. Surg* Vol. 45-A, 1963 p. 1147.
-