

## Ortho-tips

Volumen **1**  
Volume

Número **1**  
Number

Julio-Septiembre **2005**  
July-September

*Artículo:*

### Luxación teratológica de la cadera

Derechos reservados, Copyright © 2005:

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

## Luxación teratológica de la cadera

### Entrevista Académica al Dr. Agustín Isunza Ramírez

Raúl Frías Austria\*

#### INTRODUCCIÓN

El Dr. Agustín Isunza Ramírez es una de las autoridades más conocidas y respetadas entre los ortopedistas pediátricos, no sólo en México sino también en toda Latinoamérica. Actualmente labora en el Instituto Nacional de Pediatría, donde fue por muchos años jefe del Servicio de Ortopedia, subdirector de cirugía, autor de muchos artículos en el área, y maestro de la subespecialidad. Es un invitado obligado en los congresos y cursos de la subespecialidad tanto nacionales como en el extranjero.

#### Objetivos

*Establecer las diferencias entre la cadera que se encuentra luxada al nacimiento debido a una malformación de sus componentes y de una displasia a través de la opinión de un experto.*

#### ENTREVISTA

**RFA:** Dr. Isúnza muchas gracias por aceptar esta entrevista, nos sentimos muy orgullosos que participe con nosotros en este nuevo proyecto en que tratamos de difundir la Ortopedia, en este caso la Pediátrica, así que para iniciar hablemos un poco de usted, platíquenos de sus antecedentes como ortopedista pediátrico.

**AIR:** Para mí, es un honor que me tomen en cuenta para este tipo de entrevistas. Quiero relatar el por qué del tipo de médicos que somos algunos ortopedistas pediatras. Originalmente nuestra rama es la pediatría, ya que junto con unos pocos, nos iniciamos siendo pediatras y posteriormente nos especializamos en la ortopedia, siempre enfocada a los niños. Mi carrera se ha desarrollado en el Instituto Nacional de Pediatría, en el que llegué en 1973, siendo inicialmente residente de pediatría, posteriormente de ortopedia pediátrica, médico adscrito, jefe de departamento, subdirector de cirugía y actualmente médico de base.

**RFA:** Para entrar en el tema díganos; ¿cuál es su concepto personal o definición de luxación teratológica de la cadera?

**AIR:** En una forma simple, es aquélla en la que los componentes patológicos y sus características no se comportan como la que anteriormente se llamaba

\* Ortopedista Pediátrico del Hospital Ángeles del Pedregal.

Dirección para correspondencia:

Raúl Frías Austria

Periférico Sur No. 3697, Consultorio 1010, Col. Héroes de Padierna, 10700, México, D.F.

E-mail: rfa@att.net

típica y actualmente se conoce como displasia en la cadera en desarrollo .Conociéndose entonces como luxación teratológica o embrionaria de la cadera.

**RFA:** ¿Cuáles son las características anatomopatológicas de la cadera teratológica?

**AIR:** Entre otras, el acetábulo se encuentra completamente deformado y pequeño, la cabeza femoral también sin una buena esfericidad y el fémur mantiene una anteversión severa .

**RFA:** ¿Cómo realiza su diagnóstico clínico?

**AIR:** Inicialmente no es común que se presente como una patología aislada, sino en un conglomerado de manifestaciones, que pueden comprender alteraciones en pies del tipo de valgo convexo, labio y paladar hendido, deformidad en flexión de las manos y en ocasiones con todas las características de una amio-plasia o artrogriposis.

**RFA:** ¿En su experiencia cuáles son los estudios de gabinete más útiles para hacer el diagnóstico de precisión de esta entidad?

**AIR:** Tomando en cuenta que la luxación está presente desde el nacimiento, una radiografía de pelvis en neutro y otra en abducción de 45 grados sería suficiente, sin embargo una tomografía con reconstrucción tridimensional en los lugares que exista , nos acercaría más al conocimiento de las anomalías óseas y su posible tratamiento.

**RFA:** Para continuar, hablaremos de la importancia de las radiografías; ¿Qué vería en la radiografía simple en la cadera de tipo teratológica?, y posteriormente, ¿que vería en la artrografía?

**AIR:** He mencionado que este tipo de patología lleva un acelerado proceso, diferente al de la displasia en el desarrollo de la cadera, por lo que radiográficamente observaríamos cambios en un recién nacido o en un lactante menor, que corresponderían a un niño mayor en la DDC. En la artrografía en caso de realizarse, podríamos observar pulvinar, reloj de arena, labrum invertido y cabeza deformada, así como acetábulo muy pequeño.

**RFA:** En el Instituto Nacional de Pediatría, el Dr. Raúl Takenaga ha realizado trabajos con ultrasonografía de caderas de niños, y difunde sus experiencias, mencionando muchas ventajas sobre otros métodos de gabinete en el diagnóstico y pronóstico de la displasia del desarrollo de la cadera; ¿Cree usted que el ultrasonido de caderas tiene un valor mayor y especial en estos casos?

**AIR:** En estos casos no sería el método diagnóstico a seguir, ya que tendríamos grados altos de Graf, y no sería de mayor utilidad que una radiografía simple, en casos iniciales la única ventaja sería valorar la deformidad de cabeza femoral.

**RFA:** Desde su punto de vista ¿Cuál es el lugar de la tomografía axial computada, con o sin reconstrucción tridimensional, y de la resonancia magnética?

**AIR:** Ya mencioné en una pregunta anterior, que este tipo de estudios sería de gran utilidad para la planeación del tratamiento dependiendo de los hallazgos.

**RFA:** En un recién nacido con la cadera luxada ¿cómo hace el diagnóstico diferencial de una displasia, de una luxación habitual y una teratológica?

**AIR:** En la DDC es difícil que se encuentre la cadera luxada desde el primer mes de vida, los datos son de inestabilidad y no de luxación, sin embargo creo

que las alteraciones genéticas agregadas son la clave para saber que estamos frente a una cadera teratológica. En ausencia de datos agregados, la cadera teratológica, no responderá en la manera habitual a nuestros tratamientos.

**RFA:** Platíquenos ¿Qué tan frecuente es que se presente la luxación de tipo teratológico o embrionario? Y ¿con qué frecuencia podría desarrollar necrosis avascular? Con y sin tratamiento.

**AIR:** En realidad es una entidad poco frecuente y por ende poco estudiada. Asimismo, cuando se presenta, las deformidades aparentes, opacan la alteración de la cadera que habitualmente es hallazgo radiográfico. En cuanto a la segunda parte de su pregunta, es frecuente que las caderas teratológicas tratadas, desarrollen alteraciones de irrigación en la cabeza femoral.

**RFA:** Brevemente ¿Cuál es la historia natural de la enfermedad sin tratamiento?, y ¿cómo lo modifica el manejo médico?

**AIR:** Son articulaciones coxofemorales, con grandes alteraciones en su congruencia y en su forma, es importante reconocerla porque en caso de una presentación bilateral de esta entidad no sería descabellado pensar en no tratar de corregirlas, sobre todo cuando acuden a nosotros después de los 4 años de edad.

**RFA:** ¿Esta entidad se acompaña siempre de otras alteraciones, o se presenta en forma concomitante con otros padecimientos?

**AIR:** Es una de sus principales características, ser parte de un conglomerado de malformaciones, pero ocasionalmente la luxación teratológica se presenta como la entidad más importante y de no reconocerla podemos tener un fracaso en el tratamiento.

**RFA:** Es de indiscutible valor prevenir cualquier cuadro patológico, antes que establecer tratamientos, ya que resultarían más caros y fatigantes para la familia pero, ¿Es posible establecer un programa preventivo de este cuadro patológico?

**AIR:** En la medicina actual no es posible tener un tratamiento preventivo, se realiza consejo genético a los padres, con el tiempo es posible que exista un diagnóstico preciso del locus que interviene en esta deformidad y en base a eso prevenirlo.

**RFA:** Todos sabemos de la importancia de iniciar el tratamiento de la DDC inmediatamente después de realizar el diagnóstico, y entre más temprano se realice este diagnóstico el pronóstico será mejor, pero díganos ¿Qué tratamiento de la cadera teratológica recomienda usted?, ¿Cuál es la diferencia con el manejo de la DDC habitual?

**AIR:** Mi consejo es que la luxación teratológica, debe tratarse con reducción abierta y osteotomías en forma temprana, no perdiendo tiempo en manejo conservador con arnés.

**RFA:** En su experiencia cuál es el tratamiento siguiendo un esquema por edad, quizá sea mejor decir ¿cuál es la secuencia de su manejo?

**AIR:** Como mencioné, sería reducción abierta al momento del diagnóstico, valorando tempranamente la necesidad de una osteotomía inicialmente femoral y posteriormente en caso necesario de iliaco. No importando especialmente las edades sino el resultado del tratamiento.

**RFA:** ¿Cuál es su punto de vista acerca de la utilización de alguna forma de tracción para el descenso de la cadera?, ¿tiene algún sitio la manipulación cerrada para estos casos? y ¿el lugar de uso de aparatos de contención?

**AIR:** Teniendo en cuenta las deformidades óseas tan importantes, creo que probablemente sólo en los primeros meses de vida, se podría intentar una reducción cerrada. En cuanto a la tracción, en el Instituto donde laboro, se usa frecuentemente la tracción esquelética previa miotomía de aductores y psoas, es un punto muy debatible, sin embargo los resultados obtenidos han sido buenos. Para contener la cadera siempre preferimos una posición humana, pero la estabilidad es la que nos indica la mejor posición en cada caso.

**RFA:** ¿Cuál es el manejo quirúrgico que más frecuentemente requieren?, ¿en qué momento? Y ¿Cuál es la cirugía de su preferencia?

**AIR:** La que realizo con más frecuencia es la reducción abierta, por vía anterior y con incisión por debajo de la espina iliaca anterosuperior seguida de la osteotomía varodesrotadora oblicua de fémur.

**RFA:** Díganos ¿Cuáles son las secuelas que podrían presentarse pese al buen desarrollo del tratamiento?, lo cual debe exponerse a los familiares para evitar desinformación y problemas posteriores.

**AIR:** La rigidez articular y los posibles fracasos en cuanto a la estabilidad de la cadera, asimismo, se debe de comentar la posibilidad de múltiples manejos quirúrgicos y de rehabilitación.

**RFA:** Dr. Isúnza le doy las gracias por su valiosa colaboración, ¿quiere usted agregar algo que haya faltado para completar este resumen de la luxación embrionaria de la cadera?

**AIR:** Considero que se ha tratado el tema en forma completa.

**RFA:** Hemos completado de una manera directa y resumida todo un tema que frecuentemente pasa desapercibido para el ortopedista que pocas veces atiende niños. Entidad que se trata poco, aun en los textos de la especialidad y que deja lagunas en la formación académica del ortopedista, pero usted lo manejó de forma didáctica, amena y útil para cualquier médico, desde el subespecialista en ortopedia pediátrica que refresca sus conocimientos, hasta para el pediatra general o el médico familiar poco avezados en esta patología.

Muchas gracias

