

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "LEOPOLDITO MARTÍNEZ" DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE LAS LAJAS

Diagnóstico en el recién nacido de la Displasia congénita de la cadera

Dra. Maria C. Peñate Gallardo¹, Dr. Remigio R. Gorrita Pérez²

1. Especialista de I grado en MGI y Neonatología. Master en Atención Integral al Niño
2. Especialista de II grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Master en Atención Integral al Niño

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en los 20 neonatos con diagnóstico de displasia congénita de cadera, nacidos en el Hospital General Docente "Leopoldito Martínez" del municipio de San José de las Lajas en la provincia La Habana, entre el 1ro de enero de 2005 y el 31 de diciembre del 2006 con el objetivo de identificar los factores prenatales, del parto, los signos clínicos y los estudios realizados para el diagnóstico temprano de la misma. Hubo una tasa de incidencia de displasia congénita de la cadera de 12 por cada 1000 nacidos vivos. Los antecedentes más importantes fueron la primiparidad y la edad joven de las madres. Dentro de los factores perinatales el oligoamnios, el hidramnios y la presentación pelviana fueron los más significativos. En la generalidad de los pacientes la displasia congénita de la cadera fue unilateral predominando la cadera izquierda, así como el sexo femenino. La asimetría de los pliegues inguinales y la maniobra de Ortolani y Barlow positiva fueron los elementos fundamentales en el diagnóstico clínico y este fue confirmado en todos los casos por el estudio radiológico antero posterior de la pelvis. Se insiste en lo importante del diagnóstico temprano, para lograr un tratamiento oportuno y evitar complicaciones y limitaciones en etapas posteriores de la vida.

Descriptores DeCS: **RECIÉN NACIDO; CADERA**

INTRODUCCIÓN

La displasia congénita de la cadera es una entidad conocida desde la antigüedad y causante de grandes trastornos e incapacidades coxofemorales en los pacientes que la padecen, sino se

diagnostica y trata tempranamente. Su etiología aunque desconocida, se asocia a múltiples factores tanto maternos, como externos, siendo estos últimos los más susceptibles de modificar. Las primeras referencias de esta enfermedad se remontan a Grecia en el siglo II A.N.E. Hipócrates, la diferenciaba de la luxación traumática y la consideraba una afección grave. Posteriormente en pocas publicaciones se hace mención a la misma hasta el Siglo XIX cuando en Francia y Alemania practican tratamientos correctores mecánicos por periodos prolongados de tiempo, y ya a inicios del Siglo XX autores como Pahl en los Estados Unidos hacen referencia a una serie de pacientes operados por Lorenz en 1902 y a la alta incidencia de complicaciones durante la cirugía. ¹⁻⁴

El nombre de Displasia fue inicialmente sugerido por Le Damani en 1912, usado por Hilgenreiner en 1926 y difundido por Putti en 1929 y ha sido clásicamente utilizado para designar la luxación congénita de la cadera.

La terminología displasia proviene del griego “*dys*” que significa alteración o dificultad y de “*plasseis*” que quiere decir formación, modelación. El término hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anormalidades en la conformación de la articulación desde edad temprana, que abarca desde formas muy leves, hasta su anormalidad más severa, la luxación, los cuales son indicadores de un proceso dinámico en su producción, y señala un potencial de mejoría o de deterioro durante el desarrollo del niño, de acuerdo con la detección mas o menos precoz y el tratamiento que haya recibido desde su etapa temprana.

La articulación de la cadera tiene gran importancia durante la marcha y también en la estación de pie para mantener una postura estable³. Las alteraciones patológicas, que pueden producirse en esta articulación dan lugar a serios cambios degenerativos osteoarticulares o coxoartrosis que limitan extraordinariamente la función articular. Esta incapacidad puede manifestarse ya en el adulto joven.^{1,4}

La displasia congénita de la cadera constituye un problema importante que plantea serias dificultades diagnósticas y terapéuticas de las que son responsables en diferentes momentos de la vida del paciente el neonatólogo, el médico de general integral, el pediatra y ortopeda infantil^{3,4}. En primer lugar debemos tener en cuenta la necesidad de hacer el diagnóstico temprano y en segundo lugar instaurar el tratamiento adecuado y en el momento oportuno del proceso, para resolver la situación inmediata y el porvenir de una cadera en franco crecimiento, evitando secuelas mediante métodos preventivos o reparadores y solo si ello no fuera posible recurrir entonces a la cirugía ortopédica, paliativa o protésica en la adultez.^{5,6}

La displasia congénita de cadera por lo regular es asintomática no se manifiesta en las primeras etapas y por esta razón la mejor forma de hacer el diagnóstico temprano depende de la exploración sistemática del recién nacido y el lactante, teniendo en cuenta que el tratamiento en esta etapa ofrece los mejores resultados. ⁷⁻⁹

Existen diferentes factores étnicos, fisiológicos, mecánicos y teratogénicos implicados en la producción de la displasia congénita de la cadera. Entre ellos han sido citados por diferentes autores: el sexo femenino, hijos de primíparas, el oligoamnios, la presentación pelviana, el metatarso abductus, la tortícolis congénita y el uso de fórceps.^{10,14}

La displasia puede estar asociada a otras patologías como la artrogriposis, la agenesia de sacro, pie calcáneo valgo, pie equino varo, sindactilia, síndrome de Down, apareciendo por tanto la displasia teratogénica^{14,15}.

La displasia congénita de cadera tiene mayor incidencia en países de Norteamérica, India e Italia. Por ello se plantea que los factores étnicos están presentes en la etiología de esta enfermedad^{13,16}.

El diagnóstico de dicha entidad tiene como característica única necesitar de la exploración bimanual para detectar su presencia^{5,9}. La exploración manual descrita por Ortolani en Italia en 1937 y por Barlow en Inglaterra en 1962 se basa en el hecho de que la cadera sufre luxación hacia atrás¹⁰. Para el examen se coloca al pequeño sobre su dorso en la mesa de exploración, la mano derecha del explorador sostiene la pierna izquierda del pequeño y la pierna derecha del mismo con la mano izquierda del explorador, las rodillas se flexionan a 90 grados o más, las caderas también. El examinador coloca su dedo índice, medio o ambos a nivel del trocánter mayor, el espacio interdigital del índice y pulgar sobre la cara anterior de la rodilla y el pulgar en la cara interior del muslo, lo más cerca posible a la zona del trocánter menor. Se examina cada vez un lado mientras el otro se utiliza para estabilizar la pelvis. Si se comienza en una posición de abducción y aducción neutra de la cadera se produce abducción del lado por examinar con los dedos índice o medio sobre el trocánter mayor.

Esta maniobra reduce la cadera inestable y en el momento de la reducción se percibe un chasquido, el examen se completa al llevar el muslo desde el punto de abducción de nuevo hasta la línea media del cuerpo, hacia atrás y simultáneamente aplicar presión descendente en el eje longitudinal del fémur y presión hacia fuera en la cara interna del lado interno del fémur con el pulgar^{17,18}.

Esta maniobra debe ser realizada por el neonatólogo al nacimiento y en su evaluación diaria, mientras el recién nacido se encuentra en la maternidad, posteriormente se realizará por el médico general integral y el pediatra en la consulta de evaluación del recién nacidos y se repetirá en cada consulta de puericultura en los primeros doce meses de la vida^{16,19,20}.

Existen signos físicos que pueden estar presentes a la hora del examen como son: asimetría en los pliegues inguinales y subglúteos (signo de Peter-Bode), acortamiento de miembro inferior afectado y el ensanchamiento del periné. Esta patología puede ser bilateral y cuando es unilateral afecta con mayor frecuencia el lado izquierdo²⁰.

El tratamiento de la luxación de cadera es mediante el uso de dispositivos de Pavlik Barlow y en el caso de la displasia el cojín de Frejka. Estos dispositivos se aplican después del primer mes de vida y se pueden utilizar hasta los 8 meses de edad. ^{1.12-14}.

Por lo importancia que reviste el diagnóstico precoz de la displasia congénita de la cadera los autores se propusieron determinar el comportamiento de esta entidad en los recién nacidos en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”, en el período comprendido desde el 1ro de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2006, los factores prenatales, del parto, los signos clínicos identificados en la misma y los estudios realizados para el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en todos los recién nacidos con diagnóstico de Displasia Congénita de Cadera, nacidos en el Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” del municipio de San José de las Lajas en la provincia La Habana, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2005 y el 31 de diciembre del 2006.

El universo estuvo constituido por los 1 662 recién nacidos en el período de la investigación, siendo portadores de Displasia Congénita de Cadera 20 neonatos que constituyen el grupo de estudio en los cuales se identificaron signos clínicos y radiológicos de la enfermedad. Se utilizaron variables de carácter cuantitativas discretas y cualitativas de tipo ordinal y nominal con el objetivo de definir los antecedentes del embarazo y parto así como aquellos relacionados específicamente con el neonato y los hallazgos en el examen físico y los exámenes complementarios utilizados en el diagnóstico de esta entidad.

Se analizaron y definieron de la siguiente forma:

Factores prenatales:

Oligoamnios: Poca cantidad de líquido amniótico. (200-300 ml).

Hidramnios: Exceso de líquido amniótico (entre 1 y 2 litros).

Gemelaridad: Cada uno de los dos o más individuos nacidos de un mismo parto (que pueden ser bicoriales o monocoriales).

Factores intraparto:

Presentación

Cefálica: Es cuando la cabeza se ofrece al estrecho superior de forma indiferente, intermedia entre la flexión y la deflexión.

Pelviano: Es aquella en la cual las nalgas y las extremidades inferiores del feto se encuentran en relación con el estrecho superior de la pelvis materna.

Partos:

- Distócico: Parto difícil, doloroso o lento. Puede producirse: por cesárea o instrumentado
- Eutócico: Atributo de parto normal (que favorece o facilita el parto, medio o agente que tiene esta acción).

Factores relacionados con el neonato:

Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino (aparato genital masculino o femenino).

Miembro: Cada una de las cuatro extremidades o apéndice del cuerpo articulado con éste, destinado a los grandes movimientos: locomoción, prehensión, etc. (pueden ser derechos e izquierdos) ¹.

Para poder confirmar el diagnóstico se utilizaron en las primeras 72 horas del nacimiento:

1.- Maniobra de reducción de Ortolani: Se abduce (se separa de la línea media), la cadera elevándola con suavidad. Puede sentirse la recolocación de la cabeza femoral luxada (lo que se ha dado a llamar un "click" o chasquido, que en realidad no se oye): Maniobra de Ortolani positiva.

2.- Signo de Barlow: Se flexiona la cadera 90° y se aduce (se aproxima hacia la línea media) mientras se ejerce una fuerza suave hacia fuera con el pulgar. Durante la aducción puede percibirse la presencia de luxación de la cadera (signo de Barlow positivo).

Exámenes para confirmar el diagnóstico

a.- Rayos X antero posterior de pelvis.

b.- Ultrasonido de cadera.

Ambos fueron valorados por el especialista interconsultante de ortopedia.

El procesamiento de la información se realizó por el método estadístico de análisis de varianza a través de X (Chi Cuadrado), aplicándose prueba de Duncan a las diferencias significativas de los grupos estudiados.

RESULTADOS

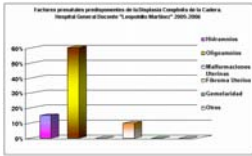
El total de nacidos vivos en el Hospital "Leopoldito Martínez" de San José de las Lajas del 1ro de enero de 2005 y el 31 de diciembre del 2006 fue de 1 662, de estos 20, fueron portadores de la enfermedad para un 1.2 % y una tasa de 12 x cada 1000 nacidos vivos.

En el gráfico 1 se observa la relación de los factores prenatales con la aparición de la enfermedad. El 85 % de los pacientes estudiados fueron afectados intrauterinamente. El oligoamnios con 12 pacientes y un 60 % fue el de mayor incidencia, el hidramnios con un 15 %

estuvo presente en 3 pacientes, siguiendo en orden de frecuencia el fibroma uterino con 2 pacientes para un 10 %.

Otro de los elementos en el estudio diagnóstico de la displasia congénita de cadera fue el antecedente de esta entidad en algún miembro de la familia. No se identificó ningún familiar con diagnóstico previo de la misma.

Gráfico 1



En la tabla 1 al analizar el lugar que ocupa entre los embarazos el paciente con displasia congénita de cadera encontramos que 12 gestantes presentaron esta entidad en el 1er embarazo para un 60 %, 7 en un segundo embarazo para un 35 % y 1 en el tercer embarazo para un 5 %.

Tabla 1 Distribución de los casos según el lugar que ocupa en las gestaciones.

| Gestación | No. | % |
|------------------|-----|-----|
| Primer embarazo | 12 | 60 |
| Segundo embarazo | 7 | 35 |
| Tercer embarazo | 1 | 5 |
| Total | 20 | 100 |

Letras diferentes $P < 0.05$

En relación con la edad materna eran madres menores de 20 años 4, para un 20 %, un 45 % que equivale a 9 casos son madres entre 21- 25 años, entre 26- 35 años 5 casos para un 25 % y 2 casos para un 10 % en madres con edades entre 36- 40 años en esta casuística como se observa en la tabla 2.

Tabla 2 Edad materna en los recién nacidos afectados.

| Edad Materna | No. | % |
|--------------|-----|-----|
| < 20 años | 4 | 20 |
| 21- 25 | 9 | 45 |
| 26- 35 | 5 | 25 |
| 36- 40 | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 |

NS

Teniendo en cuenta los tipos de presentación de los recién nacidos durante el trabajo de parto 16 de los 20 casos tuvieron presentación pelviana para un 80 % y el resto cefálica.

En relación al tipo de parto, la tabla 3 muestra que 8 de los 20 pacientes fueron producto de un parto eutócico, para un 40 % correspondiendo igual cifra a los nacidos por cesárea y 4 casos fueron por partos instrumentados para un 20 %.

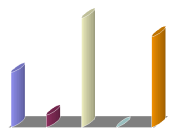
Tabla 3 Tipos de partos en neonatos afectados por la entidad.

| Tipos de partos | No | % |
|----------------------------|----|-----|
| Distócico (Instrumentados) | 4 | 20 |
| Distócicos (cesáreas) | 8 | 40 |
| Eutócicos | 8 | 40 |
| Total | 20 | 100 |

NS

Los signos físicos encontrados en las pacientes diagnosticados con displasia congénita de cadera se observan en el Gráfico 2, 18 pacientes presentaron asimetría de los pliegues inguinales para un 90 %. La maniobra de Ortolani y Barlow fue positiva en 15 pacientes para un 75 %, la limitación de la abducción estuvo presente en 9 pacientes para un 45 %, el acortamiento de un miembro fue identificado en 2 pacientes para un 10 %.

Gráfico 2 Distribución de los casos según elementos positivos al examen físico.



En todos los pacientes el diagnóstico clínico fue confirmado radiológicamente y solo fue posible realizar ultrasonido de cadera a 2 de los casos para un 10 % de los mismos

La cadera izquierda estuvo afectada en 13 pacientes para un 65 %, el resto en el lado derecho. La afección fue unilateral en el 95 % de los casos y solo un paciente presentó afección bilateral para un 5 %.

Hubo predominio de la enfermedad congénita de cadera en el sexo femenino con una frecuencia de 75 % (15 casos)

DISCUSIÓN

La incidencia de displasia congénita de la cadera encontrada en este estudio de dos años es inferior a la encontrada en la casuística de Riaño y colaboradores en un estudio del año 2000 en el Hospital William Soler de Ciudad de la Habana, pero por otra parte es superior a las de de Asher y Villar en Estados Unidos y España respectivamente^{4,5,8}. En los Estados Unidos se detecta la afección aproximadamente en 1 por cada mil nacidos, al igual que en Chile, en Alemania según los estudios duplica o cuadriplica las nuestras.⁷⁻¹⁰

La mayoría de los autores coinciden en que las cifras promedios de recién nacidos con esta patología oscilan o se corresponden con las mencionadas. Sin embargo, los autores consideran que la disparidad de los resultados pueden guardar relación con los criterios diagnósticos utilizados, así por ejemplo Bialik y colaboradores en sus trabajos han llegado a determinar cifras muy elevadas de incidencia de Displasia Congénita de Cadera de hasta 55.1 x 1000, nacidos, pero para ello se basaron fundamentalmente en criterios ecográficos.¹²

Diferentes factores se han identificado frecuentemente asociados con la displasia congénita de la cadera. Se le ha dado mucha importancia a aquellos que crean conflicto de espacio intrauterino como el oligoamnios, hidramnios, fibroma uterino, la gemelaridad y las malformaciones uterinas^{11,13,14}. En esta investigación los autores encontraron al oligoamnios con el de mayor por ciento, siguiéndole en orden de frecuencia el hidramnios y el fibroma uterino, resultados que coinciden con los hallados en México por Hernández Andrade.¹⁵

El oligoamnios puede jugar un papel importante en la producción de la displasia congénita de la cadera, pues al existir una menor cantidad de líquido amniótico, esto puede ser causante de la restricción de los movimientos fetales e impedir la versión cefálica del mismo^{5,8-10}. Esto explicaría también por que en nuestro estudio la presentación pelviana estuvo presente en la mayoría de los casos.

El hidramnios fue un factor encontrado en segundo lugar, y tal vez pudiera pensarse que contradictorio en relación al planteamiento anterior, pero se ha expresado por un Comité de Expertos, que este pudiera, cuando se desarrolla a tensión, tener también un poder restrictivo de los movimientos fetales.¹⁰

El antecedente de familiares de primer grado con el antecedente de displasia congénita de la cadera ha sido identificado hasta en el 20 % de los niños con esta afección¹⁵. Este elemento no coincide con lo hallado en esta investigación. Los autores de esta investigación consideramos que esto puede deberse a que en decenios anteriores, no se conocía adecuadamente esta entidad, ni se investigaba su presencia y la generalidad de los pacientes que ahora son padres de nuestras criaturas se quedaban sin diagnóstico.

De forma significativa, el mayor número de niños afectados resultaron ser primogénitos. Se ha planteado por otros autores, y con lo cual coincidimos; que al tener el útero de las primíparas

mayor tono muscular, hay una mayor frecuencia de compresiones y mal posiciones y una menor cantidad de líquido amniótico, ejerciendo en este caso sobre el feto una acción más directa, que puede ser condicionante de la enfermedad; como de hecho se refleja en nuestra casuística y que explica a su vez que coincida con las madres jóvenes.^{12,18}

Teniendo en cuenta los tipos de presentación de los recién nacidos, se observa en nuestro estudio un número significativo de pacientes con presentación pelviana. La presentación pelviana o de nalgas predispone a la aparición de la displasia congénita de cadera, debido a que en la misma las caderas adoptan una posición de extrema flexión, la cabeza femoral tiene partes sin cubrir, se distiende la cápsula, y al estar limitado el feto en los cambios de posición las fuerzas deformantes actúan constantemente sobre el rodete acetabular. La mayoría de las citas coinciden en reportar un mayor número de neonatos luxados nacidos con esta forma de presentación.³⁻⁷

En este estudio no hubo diferencia entre los partos distócicos (instrumentados o por cesárea) o por vía transpelviana. Hay autores sin embargo como Bialik¹², Rachio¹³ y Trujillo Alarcón A.* que reportan una mayor incidencia en partos por cesárea. Los autores consideran que este resultado puede guardar relación con los criterios más o menos liberales para la indicación de operación y el nacimiento transpelviano o no de neonatos con presentación de nalgas.

El examen físico ofrece hallazgos que son determinantes para identificar niños con displasia congénita de las caderas. Al igual que la generalidad de los estudios, aunque otros elementos clínicos pueden estar presentes, la asimetría de los pliegues inguinales y de la región glútea y la presencia de una Maniobra de Ortolani-Barlow positiva fueron los más significativos encontrados por los autores.^{4,6-12} Este elemento sirve para ratificar por los autores de establecer como pauta un examen minucioso del recién nacido y del lactante para el diagnóstico temprano de esta entidad.

Significativamente la afección fue predominantemente unilateral y la cadera izquierda la más frecuentemente afectada, lo que coincide con la literatura revisada³⁻¹². La mayor frecuencia en el lado izquierdo está condicionada por la posición predominantemente de en los fetos con presentación pelviana, sobre el lado izquierdo, por tanto el trocánter mayor del feto contacta con el promontorio de la madre, que actúa en forma de fulcro y luxa la articulación.^{8,12}

En todos los pacientes estudiados el diagnóstico clínico fue confirmado radiológicamente. Otros investigadores han hecho mucho énfasis en la utilización del ultrasonido de cadera como elemento diagnóstico y de pesquisa en aquellos pacientes donde se identifican factores predisponentes, lamentablemente solo fue posible para nosotros utilizarlo en dos de nuestros casos, donde fue confirmatorio.⁹

El ultrasonido de cadera además de ser más inocuo logra seguridad y precocidad en el diagnóstico debido a que durante la primera etapa de la vida de recién nacido las estructuras articulares de la cadera están formadas fundamentalmente de cartílagos y no son se fácil

visualización desde el punto de vista radiográfico, por lo que el diagnóstico definitivo mediante este proceder debe realizarse preferentemente después de 4 - 6 semanas del nacimiento. ^{1,6,9}

Los estudios ultrasonográficos tienen como inconveniente que la persona que realiza este examen suele ser diferente de la que hace el tratamiento y el seguimiento, por lo que su utilidad se ve limitada sino existe una relación estrecha entre ambos profesionales.

* Trujillo Alarcón A. Diagnóstico de la Displasia Congénita de Cadera en el lactante. Policlínico Docente del Este. Trabajo para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral. La Habana, 1999.

Por otro lado se detecta con mucha frecuencia inestabilidades mínimas, cuyo carácter patológico es nulo pero que conducen a un tratamiento activo, excesivo e innecesario en estos niños, por lo que aumenta el costo del tratamiento y la ansiedad de los padres.⁹

Fue predominante la enfermedad congénita de cadera en el sexo femenino, hallazgo coincidente con la literatura revisada. Esta reconocida esta asociación en la totalidad de la literatura y se brinda como explicación la presencia de un alto tenor de esteroides femeninos en la hembra, que se suman a los propios de la madre y estos permiten una mayor laxitud de los tejidos y ligamentos articulares de las caderas, haciéndolos más fácilmente luxables. ¹⁻¹⁰

Se concluye que hubo una tasa de displasia congénita de la cadera de 12 por cada 1000 nacidos vivos, que los antecedentes maternos más importantes fueron la primiparidad y la edad joven de las madres. Dentro de los factores peri natales el oligoamnios, el hidramnios y la presentación pelviana fueron los más significativos. En la generalidad de los pacientes la displasia congénita de la cadera fue unilateral predominando la cadera izquierda, así como el sexo femenino. La asimetría de los pliegues inguinales y la maniobra de Ortolani y Barlow positiva fueron los elementos fundamentales en el diagnóstico clínico y este fue confirmado en todos los casos por el estudio radiológico antero posterior de la pelvis. Se insiste por los autores en que es fundamental el diagnóstico temprano de la displasia congénita de la cadera, para lograr un tratamiento oportuno y evitar complicaciones como la coxartrosis de las caderas y limitaciones en etapas posteriores de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Cambras R. Tratado de cirugía ortopédica y traumatología. La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
2. Pérez Hernández LM, Mesa Olán A, Calzado Calderón R, Pérez Charbonier C. Displasia del desarrollo de la cadera en la atención primaria. Rev Cubana Ortop Traumatol (seriada en línea). 2003; 17(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol17_1-2_03/ort131-203.htm --> Acceso: 23 octubre 2006.
3. Pahl PCH. Congenital dislocation of de hip. California State Journal of Medicine. 1905; 3

- (2): 46-9.
4. Riaño Echenique J, García Estrada EM, González Gil JM. Enfermedad del desarrollo de la cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol (seriada en línea). 2000; 14(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864215X2000000100002&script=sci_arttext
Acceso: 23 octubre 2006.
 5. Fraga M, Villar JL. Displasia congénita de cadera. Revista Española de Pediatría. 1982; 38 (5): 337-48.
 6. Bestard Pividal G. Uso correcto de Pavlick en el tratamiento de la displasia congénita de cadera. Revista Cubana de Pediatría. 1982; 54: 593-603.
 7. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip 2000; 105(4): 896-905.
 8. Asher MA. Selección o detección para luxación congénita de cadera, escoliosis y otras anomalías que afectan al sistema musculoesquelético. Clin Pediatr Nort 1986; 6: 395-1414.
 9. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000; 105(4) Disponible en: <http://www.aap.org/policy/ac0001.htm> 3/04/00.
 10. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Quality improvement, and subcommittee on developmental dysplasia of the hip: developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. **Pediatrics 2000; 105: 57.**
 11. **Calzadilla Moreira V, Castillo García I, Blanco Estrada J, González Martínez E.** Desviaciones torsionales de los miembros inferiores en niños y adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr (seriada en línea). 2002; (5). Acceso: 23 octubre 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi1352002.htm
 12. Bialik V. Displasia del desarrollo de la cadera: un nuevo enfoque de la incidencia. Pediatrics 1999; 40(8):15-9.
 13. Rachio KH. Simultaneous open reduction and salter innominate osteotomy for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg 1996; 78(47):1-6.
 14. Patel H. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ 2001;164(12): 1669-77
 15. Hernández Andrade E, Ahued-Ahued JR, García – Carazos R. Factores de riesgo en la etapa intrauterina que predisponen a la luxación congénita de cadera. Ginecología y Obstetricia México. 1997; 65(9): 358-61.
 16. Prasad C, Cramer BC, Pushpanathan C, Crowley MC, Ives EJ. Kyphomelic dysplasia: a rare form of semilethal skeletal dysplasia. Clin Genet 2000; 58: 390-5.
 17. Al-Gazali LI, Ravenscroft A, Feng A, Shubbar A, Al-Saggaf A, Haas D, et al. Stuve-Wiedemann syndrome in children surviving infancy: clinical and radiological features. Clin Dysmorphol 2003; 12: 1-8
 18. Spranger JW, Brill PW, Poznanski AK. Bone dysplasias. Atlas of genetic disorders of skeletal development. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2002.
 19. Mansour S, Offiah AC, McDowall S, Sim P, Tolmie J, Hall C, et al. The phenotype of survivors of campomelic dysplasia. J Med Genet 2002; 39: 597-602.

20. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 1997.

SUMMARY.

A descriptive study was carried out and of cross section in the 20 newborns with diagnosis of displasia congenital of hip, born in the Educational General Hospital "Leopoldito Martínez" of the municipality of San José of the stone Slabs in the province Havana, between the 1ro of January of 2005 and December 31, 2006 with the objective to identify the factors prenatales, of the labor, the clinical signs They carried out for the I diagnose early of the same one. There was a rate of incident of displasia congenital of the hip of 12 by each 1000 born alive. The most important antecedents were the primiparidad and the young age of the mothers. Inside the factors peri native the oligoamnios, the hidramnios and the presentation pelviana were the most significant. In the generality of the patients the displasia congenital of the hip was unilateral dominating the left hip, as well as the female sex. The asymmetry of the groin folds and the maneuver of Ortolani and Barlow positive were the fundamental elements in the clinical diagnosis and this was confirmed in all the cases by the radiological study antero subsequent of the pelvis. It insists on what is important of the I diagnose early, to achieve an opportune processing and to avoid complications and limitations in subsequent phases of the life.

Subject Headings: **INFANT, NEWBORN; HIP**

Dra. Maria C. Peñate Gallardo

E-mail: remigio.gorrita@infomed.sld.cu