

# Displasia de cadera

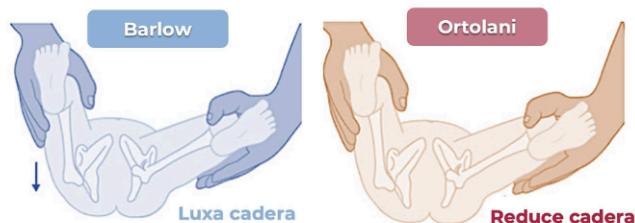
Anormalidad anatómica que **afecta la articulación coxofemoral** del niño, incluyendo borde anormal del **acetáculo** y mala posición de la cabeza femoral, causando **luxación o subluxación**

## EPIDEMIOLOGÍA

- Izquierda más frecuente
- Mujer más frecuente
- 20% unilateral

Nivel de riesgo	Características
Riesgo Bajo	Niños con presentación céfala y antecedentes familiares positivo
Riesgo Intermedio	Todas las niñas Niños con presentación pélvica
Riesgo Alto	Niñas con antecedentes familiares positivos Niñas con presentación pélvicas Niños con antecedentes familiares positivos y presentación pélvica

Nueva GPC-SS-226-20 recomienda realizar USG en primeras 3 semanas a pacientes con áreas geográficas con prevalencia, historia familiar, presentación pélvica, oligohidramnios, peso mayor a 4 kg y exploración física alterada (ortolani o Barlow).



ENARM 2023

ENARM 2023



Clínica al nacimiento hasta 3 meses: **Maniobras positivas.**

- **Barlow:** Aducción de cadera y presión posterior a 45°.
- **Ortolani:** Abducción de cadera y presión anterior.

Después de 9 meses, hay presencia de asimetría en pliegues de muslos y glúteos (**Signo de Galeazzi**)

- Signos tardíos: Signo de Trendelenburg o Lloyd Roberts.

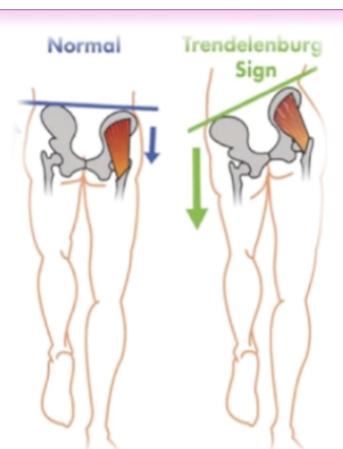
Diagnóstico se confirma con estudio de imagen en menores de 4 meses USG y en mayores de 4 meses con radiografía de cadera.

Barlow (out-luxa) ortolani (in-reduce)



**Galeazzi >>** acortamiento aparente de una extremidad o desigualdad a nivel de rodillas

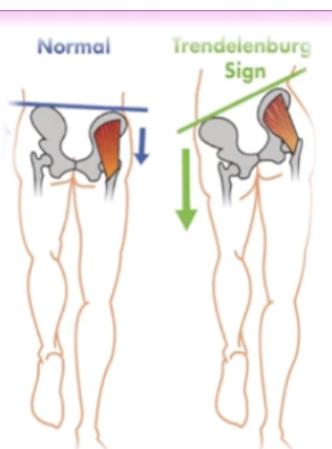
**Marcha de Trendelenburg >>** al caminar el px desvía el tronco hacia el lado de la luxación



## SIGNO DE LLOYD ROBERTS

Normal      Trendelenburg Sign

Muestra una ilustración de una pierna humana. La pierna sin luxación (normal) tiene la rodilla flexionada y el pie apoyado en el suelo. La pierna con luxación (Trendelenburg Sign) muestra la rodilla flexionada y el pie colgado, lo que indica que el niño apoya el pie plano en el lado luxado.



El niño apoya el pie plano del lado luxado mientras el lado contralateral flexiona la rodilla.



**R**

Se recomienda realizar USG de forma temprana entre la 4<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> semana, en recién nacidos con exploración clínica anormal o factores de riesgo para DDC.

**R**

Las proyecciones radiográficas de la cadera que se recomiendan en niños con DDC son en posición neutral y la Von Rosen.

### Barlow y Ortolani anaromal

- **Sin factores de riesgo:** USG a las 6 semanas
- **Con factores de riesgo:** USG a las 3 semanas de vida

USG < 4 meses

RX neutra y Von Rosen > 6 meses

### Puede llegar a ocurrir una **TRIADA DE PUTTI**

- Desplazamiento lateral y proximal de la cabeza femoral
- Hipoplasia del núcleo de osificación de la cabeza femoral
- Displasia del techo acetabular

### TRATAMIENTO

< 6 meses

- Reducción cerrada + Arnés de pavlik x 3 meses con controles ecográficos

6 meses - 2 años

- Reducción cerrada (anestesia) + tenomias de aductores y psoas + inmovilización con aparato de yeso pelvi-podálico

> 2 años

- Reducción abierta

Tto no quirúrgico < 6 meses

- Signo de Galeazzi (+) + asimetría de pliegues + limitación para abducción + triada de putti
- Excepciones
  - Reducción cerrada >> si falla tx conservador o tardío
  - Reducción abierta ZZ elección en dx tardío

### ARNES DE PAVLIK



\*Las férulas de abducción pueden provocar: necrosis avascular, úlceras en la piel y lesión del nervio femorocutáneo lateral.



Las férulas **de abducción** (arnés de Pavlik u Frejka) se asocian de 1 a 4% a necrosis avascular, lesiones y úlceras, así como lesión del nervio femorocutáneo.

**No se recomienda** doble o triple pañal como tratamiento para la reducción.

### Referir a todo px con

- FR (presentación pelvica, sexo femenino, antecedente familiar)
- Sospecha
- Diagnóstico



# Artritis séptica

**Emergencia**, de inicio **agudo con dolor**, aumento de **temperatura** y **limitación de la articulación**, involucra infección bacteriana

- Suele ser monoarticular 90% y evolución aguda
- Afecta sobre todo rodilla 40% y cadera 30% tobillos 14%
- Niños < 5 años 80%
- > 80 años
- 75% Antecedente de catéter

**ETIOLOGÍA** 1° Vía hematógena (colocación de catéter) 2° Traumatismo

< 3 meses

- **Staphylococcus aureus**
- S. Agalactiae

3 meses a 5 años

- **S. Aureus**
- K. Kingae

> 5 años

- **S. Aureus**
- S. pneumoniae

## CLÍNICA

### Localizada

- Claudicación (cojera)
- Dolor
- Edema

### Sistémica (niños pequeños)

- Fiebre
- Malestar general
- Irritabilidad



Las manifestaciones localizadas más frecuentes a cualquier edad son: claudicación, pseudoparálisis, dolor articular o referido a la extremidad, aumento de volumen y calor local.

ENARM 2023



En pacientes con AS realizar como primer estudio de imagen RX de la zona afectada, buscando de forma intencionada aumento en el espacio articular y de los tejidos blandos en fase aguda.

## DIAGNÓSTICO

- Hemocultivo periférico antes de terapia antimicrobiana
- BH leucos > 12,000 VSG > 20 PCR > 20
- Artrocentesis (citoquímico: leucos > 50,000, Glucosa < 50%, DHL > 10)
- Gram
- **Gold standard cultivo de líquido sinovial**

Siempre solicitar valoración por ortopedia para drenaje articular

## RX AP y lateral (estudio de elección)

**USG** >> busca derrame y guia la punción

**RM** >> primera línea si evoluciona mal

**Gammagrafía** >> sospecha de focos múltiples

## TRATAMIENTO

**Antibiótico** x 10-14 días

- > 3 meses sin FR Dicloxacilina + amikacina
- S. Aureus metil resistente cefalosporina + vancomicina

**Dexametasona** 0.15 mg/kg c/6 hrs x 4 días

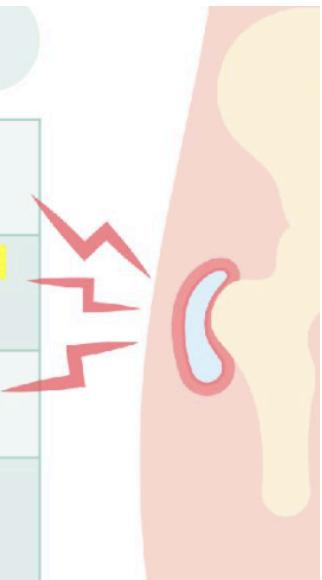
**Artrotomía evacuadora solo en sepsis grave (SAMR)** - entrar de manera quirúrgica y limpiar bien.

48 hrs posteriores de inicio de antibiótico IV debe valorarse para cambiar a VO:

- Normalizarse PCR
- Mejora de signos y síntomas

## SINOVITIS TRANSITORIA

<b>Definición</b>	Inflamación aguda de la articulación de la cadera, de comienzo brusco y curso autolimitado.
<b>Epidemiología</b>	<b>Causa mas frecuente de dolor coxofemoral en niños de 3 – 8 años (escolar)</b>
<b>Factores de riesgo</b>	Mayor en sexo masculino relacionada con <b>infecciones de vías respiratorias previas</b>
<b>Clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cojera</b></li> <li>• Dolor en la cadera que se irradia a rodilla</li> <li>• Limitación de la movilidad</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>De exclusión</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>Sintomático</b>



## Legg calvé perthes



Isquemia de la extremidad proximal del fémur en crecimiento que condiciona **osteonecrosis parcial** y posterior **revascularización y reosificación**



### Epidemiología

- Predomina en niños en relación (5:1) que niñas.
- La enfermedad se manifiesta entre los 3 y 8 años.
- Presentación unilateral en 90% y 10% bilateral.



### Etiología

Se produce por impedimento de la irrigación sanguínea a la cabeza del fémur, lo que provoca la necrosis y generando así el aplastamiento de la cabeza femoral. El hueso vuelve a reconstruirse entre 3 y 4 años.



### F. de riesgo

Aunque no hay una relación directa se ha relacionado: **sinovitis**, talla baja, alteraciones de coagulación, retraso en la edad ósea, traumatismos repetidos, corticoides y nivel socioeconómico bajo.



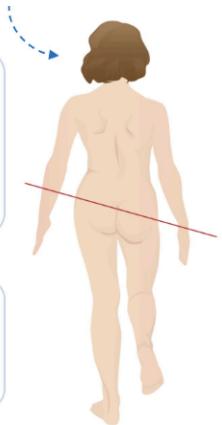
### Clínica

- **Marcha claudicante** con dolor en cara lateral y medial del muslo con limitación de abducción y rotación interna.
- **Signo trendelenburg** (no hay contracción de glúteo medio): por contractura de aductores.



### Diagnóstico

- Inicial:** Radiografía de cadera en anteroposteriores y laterales en posición de Löwenstein o rana.
- Actualmente se recomienda la clasificación de Herring porque tiene mayor variabilidad que la clasificación de Catterall.
- Gammagrafía y resonancia magnética permite realizar el diagnóstico precoz antes que radiografía.



### T. quirúrgico

- Conservador: Reposo sin carga, muletas, AINEs y férula de petrie.
- En **Herring grupo A** y **grupo B** el tratamiento es conservador.
  - En **Herring grupo C** se recomienda tratamiento quirúrgico.

#### Clasificación de Herring

**Grupo A:** La altura del pilar lateral es la normal.



**Grupo B:** Pérdida de altura del pilar lateral pero menor del 50% de su altura normal.



**Grupo C:** El colapso del pilar lateral es superior al 50% de su altura normal.



## EPIFIOLISIS FEMORAL PROXIMAL



Definición	Deslizamiento entre el cuello femoral y la epífisis femoral proximal
Epidemiología	Adolescencia, hombre, obesidad
Factores de riesgo	Mayor en sexo masculino, <u>asociado a obesidad en el 70% de los casos</u> , alteraciones endocrinas
Clínica	Cojera Dolor crónico
Diagnóstico	RX línea de Klein
Tratamiento	Quirúrgica

