

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA**Autores**

Dr. Fernando García M.P.N° 27893/7

Esp. en Cirugía Traumatológica y Ortopédica M.E.N° 11975

Jefe de Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Infantil Municipal Alta Cba.

Servicio de Traumatología Instituto Modelo de Cardiología de Cba

Dra. Graciela Giachero M.P.N° 11510/2

Esp. en Cirugía Traumatológica y Ortopédica M.E.N° 3155

Instituto Traumatológico de Cba. Médicos de Familia-Córdoba

DEFINICIÓN

La displasia del desarrollo de cadera es el trastorno ortopédico más común en los recién nacidos; hace referencia a un amplio espectro de alteraciones patológicas del acetábulo y fémur proximal en crecimiento que incluye la Displasia del Cotilo subluxación, y luxación de la cadera. Pudiendo afectar una ó ambas caderas

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Es más frecuente en el sexo femenino y la cadera izquierda suele ser la más afectada. Según la Academia Americana de Pediatría la incidencia para niños sin factores de riesgo asociados se estima en 1.5 por cada 1000 nacimientos vivos. Cuando el riesgo se calcula para cada sexo por separado, la incidencia varía de 4.1 por cada 1000 masculinos a 19 por cada 1000 femeninas. El 76.9% de los pacientes son caucásicos

Raza blanca

ETIOLOGÍA

Primiparidad

Presentación podálica.

Sexo femenino debido a la mayor elasticidad producida por la sensibilidad a las hormonas maternas

Cadera izquierda debido a la postura en aducción al estar apoyada contra sacro

Historia familiar con patrones hereditarios

Oligohidramnios

Embarazo múltiple

Formato de la pelvis

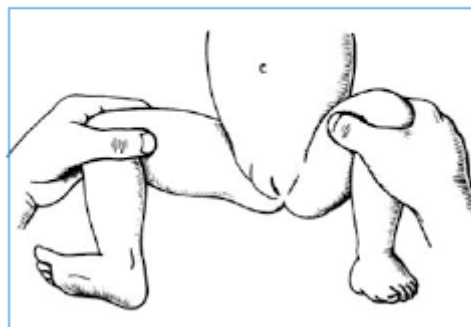
CUADRO CLÍNICO

Algunos neonatos presentan una inestabilidad de la cadera durante las primeras semanas de vida y en un porcentaje ésta desaparece de forma espontánea. La conducta a seguir ante estos pacientes varía de un médico a otro: mientras unos consideran sólo la observación y los controles ecográficos,

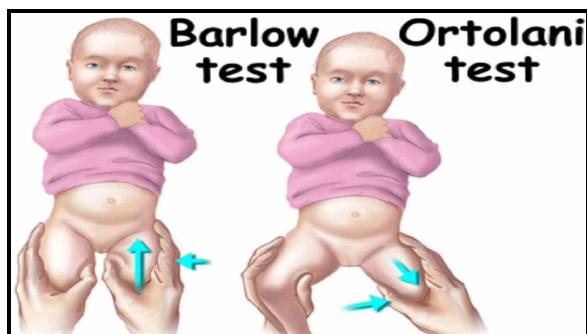
otros prefieren el tratamiento con férulas de abducción Windel ó Freijka de todos los niños con inestabilidad de cadera.

Teniendo en cuenta la causalidades es indispensable consignar en el recién nacido los datos positivos o negativos mediante la exploración física de todos los recién nacidos lo que permite la detección precoz en la mayoría de pacientes.

Figura # 3. Limitación de la abducción de caderas



La abducción de cadera (apertura de las caderas)



Maniobra de Ortolani (figura), que consiste en intentar colocar en su sitio una que está luxada.

Maniobra de Barlow (figura), que consiste en intentar luxar una cadera que está centrada en el cotilo

La asimetría en los pliegues del muslo no se considera que tenga relación exclusiva con la displasia de cadera, esta presente en pelvis oblicua y el único pliegue a considerar es el glúteo, la asimetría en los pliegues del muslo son por diferencias de la distribución adiposa.

ESTUDIOS A SOLICITAR

Obligatorios

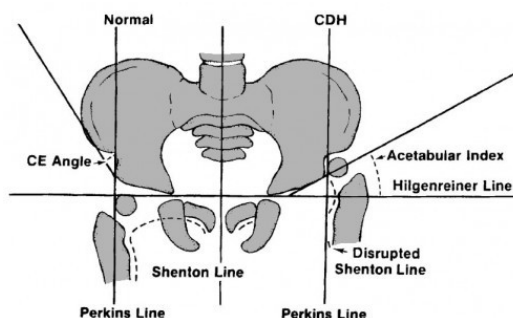
1.-Ecografía de caderas.a los 45 días (método operador dependiente que puede dar falsos positivos o negativos)

Se solicita siempre que la exploración sea patológica ó que existan tres o más factores de riesgo en un recién nacido. La última revisión de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos recomienda también realizar una ecografía en todos los niños menores de 6 meses que presenten uno o más de los siguientes factores de riesgo: presentación de nalgas, antecedente familiar de displasia de cadera o inestabilidad clínica en la exploración.-

2.-La radiografía convencional

Constituye el método usual de diagnóstico y control en los niños mayores de 3 meses, ya que a partir de esa edad la osificación progresiva de la cabeza permite ver su centralidad

Debería ser propuesta como screening en todos los niños a partir de los 4 meses debido a la falta de ecógrafo en muchos centros de atención primaria alejados de hospitales con equipamiento y profesionales especializados .



Optativos:

*TAC de control de reducción pacientes reducidos en quirófano y con colocación de yesos pelvipédicos (Nivel Especializado)

TRATAMIENTO

El diagnóstico y tratamiento precoz de la luxación congénita de cadera constituye el punto fundamental y está destinado a obtener el desarrollo de una cadera de características normales. Cualquier retardo en el diagnóstico puede comprometer el futuro de la articulación. Aquellos que presentan una inestabilidad de cadera más allá de las seis primeras semanas de vida o una luxación completa, han de ser tratados

Su tratamiento estará siempre en manos del especializado

Niveles de Atención

Primer Nivel

A todos los recién nacidos se les debe explorar las caderas durante el primer examen postnatal, antes del alta clínica y en los controles pediátricos habituales.

Si se detectan anomalías en una o ambas articulaciones corresponde inmediata derivación



Segundo Nivel: Especializado

El objetivo del tratamiento de la DDC de cadera es obtener una cadera reducida sin deformidades residuales así como evitar las complicaciones y las secuelas.

En una primera fase, para reducir la cadera, el tratamiento consiste en la colocación de Arnes de Pavlik, que mantiene las caderas en ABD(abducción) y, por lo tanto estarán reducidas si la ecografía o radiografía de control muestra una correcta relación cotilo-cabeza femoral, por un tiempo aproximado de 2 meses. Si se logra mantener la reducción se lo pasa a las férulas de ABD por otro 2 meses. La duración del tratamiento suele ser de unos 4 meses pudiendo extenderse si persiste algún signo adverso. Si fracasan los métodos antes mencionados, obligan a realizar prácticas más cruentas como tenotomía de los aductores, reducción y colocación de yesos pelvipédicos todo bajo anestesia general. Control con TAC inmediata

Finalmente, en los niños mayores de 18 meses, en los que no hemos conseguido una reducción con los tratamientos previos o en los niños afectados de luxación congénita de cadera teratológicos ó subdiagnosticados (cadera luxada antes de nacer) estará justificado un tratamiento quirúrgico: reducción abierta de la cadera.



Ilustración 1 Férula de Freijka



Ilustración 2 Férula tipo Windel

RIESGO DE IATROGENIA

La omisión en el diagnóstico, la derivación tardía, falta de conocimiento en el control del uso de las diferentes férulas que usa el paciente, escasa comunicación con el Ortopedista a cargo con el médico de primer nivel que deriva, pueden condicionar graves secuelas en las caderas displásicas y dificultar que la paciente ó el paciente pueda tener una articulación totalmente congruente y libre de una artrosis temprana ó cadera dolorosa

BIBLIOGRAFIA

Ellen de Oliveira Goiano, Miguel Akkari , Juliana Pietrobon Pupin , Claudio Santili. The epidemiology of developmental dysplasia of the hip in males. Acta Ortop Bras. 2020; 28(1): 26-30.

Aguilar Martínez, Antonio José Ruiz Sanz, Jorge López Mármol, Ana Belén del Fresno Molina, José Antonio Abad Lara, José Antonio. Factores de riesgo perinatales y materno-fetales predictivos en el diagnóstico de Displasia de Cadera del recién nacido. Revista Sociedad Andaluza Traumatología y Ortopedia, 2019; 36 (1-4): 35-42.

Lowell and Winters's Pediatric Orthopaedics. Chapter 23. Stuart L. Weinstein: Developmental hip Dysplasia and Dislocation. Raymond T. Morrissy and Stuart L. Weinstein editors. 8th edition, 2020

2. Practice of pediatric orthopedics. Linn T. Staheli. 5º edition. Lippincott Williams and Wilkins, 2017