



Docente: Dra. Malleli Yazmin Laparra López.

Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.

Licenciatura: Medicina Humana.

5º Semestre, 3er Parcial.

Materia: Medicina Física y Rehabilitación.

Actividad: Resumen.

Tema: Displasia del Desarrollo de la Cadera.

Displasia en el desarrollo de la cadera típica (DDC).

Definición.

Anteriormente era conocida como luxación congénita de la cadera.

La guía de práctica clínica define esta patología como anomalías anatómicas que afectan la articulación coxofemoral del niño(a) incluyendo el borde anormal del acetábulo (displacias) y mala posición de la cabeza femoral, causando desde subluxación hasta una luxación, afectando el desarrollo de la cadera durante los periodos embriológicos, fetal o infantil.

Etiología.

El manual de pediatría la define como espectro de alteraciones, la cabeza femoral y acetábulo se encuentran mal orientados, mal alineados o presentan un desarrollo anómalo.

La etiología puede ser mecánica (postura anómala en el interior del útero), displasia primaria del acetábulo o laxitud de los ligamentos.

Los factores de riesgo incluyen: presentación podálica, oligohidramnios, sexo femenino, postura posnatal, raza blanca y antecedentes familiares. Sin embargo, la mayoría de los niños afectados no presentan factores de riesgo identificables.

Epidemiología.

La incidencia que va hasta 50 por 1000 nacidos vivos. En México es de 2 a 6 por mil nacidos. Solo 17% de los casos es diagnosticado antes de los 6 meses y el 83% los hacen después de ese tiempo.

La probabilidad de afectación de la cadera izquierda es mayor que la de la derecha.

Entre los trastornos asociados se incluyen: tortícolis, pie zambo (pie equino varo), escoliosis, plagiocefalia e implantación baja de las orejas.

Cuadro clínico.

- En bebés, se podría observar una pierna más larga que la otra, durante el cambio de pañales puede observarse una pierna menos flexible que la otra.
- Si el niño ya camina, puede desarrollar cojera.
- En adolescentes y adultos jóvenes, pueden desarrollar complicaciones dolorosas como osteoartritis o desgarramiento del Labrum de cadera, dolor en la ingle asociado con actividad, sensación de inestabilidad en la cadera.
- Otras manifestaciones: Un sonido hueco durante la apertura y el cierre de las caderas, incapacidad de mover el muslo hacia afuera de la cadera, una pierna más corta que la otra, desnivelación de los pliegues grasos del muslo alrededor de la ingle o de los glúteos, cojera, dificultad para caminar o

caminar en punta de pie con uno de los pies, una curvatura de la columna vertebral en niños grandes.

CUADRO 3. Estadios de la Displasia del Desarrollo de la Cadera

<i>ESTADIOS DE DDC</i>	
ESTADIO I (INMADUREZ)	Es un diagnóstico morfológico, no hay sintomatología clínica. Tan solo es detectable la DDC en esta fase inicial por la ecografía, preconizada por Graff, donde se observa una afectación de los ángulos óseos y cartilagosos.
ESTADIO II (INESTABILIDAD)	Sólo es posible diagnosticarla mediante maniobra de Barlow, haciéndose la exploración ecográfica imprescindible. La ecografía muestra signos de inmadurez y la prueba de estrés es positiva: es decir, se produce lateralización de la cabeza al hacer presión sobre ella, por la hiperlaxitud capsular.
ESTADIO III (SUBLUXABLE)	Hay deformidad del acetábulo y la cabeza del fémur se encuentra apoyada sobre el reborde cotiloideo, y por lo tanto desplazada lateralmente. La maniobra de Ortolani es positiva, siendo la única manifestación clínica. Al flexionar y abducir la cadera, la cabeza se repone fácilmente produciendo un resalte que debe ser reconocido por el explorador. La ecografía confirma estos datos clínicos.
ESTADIO IV (CADERA SUBLUXADA)	Al haber transcurrido un cierto tiempo, una a dos semanas de la luxabilidad, las estructuras se van deformando impidiendo la entrada de la cabeza en el cótilo. Su expresión clínica será: -Limitación de la abducción. -Asimetría de pliegues. -Acortamiento de la extremidad. -Posición en rotación externa del miembro. -La deformidad ha progresado y el Ortolani es negativo. La ecografía corresponde al tipo IV de Graff.
ESTADIO V (LUXACIÓN DE CADERA)	La cabeza femoral ha abandonado totalmente la cavidad cotiloidea y forma un neocotilo. La sintomatología es igual que en el estadio IV pero más acusada, siendo las deformidades muy evidentes. El coxograma presenta aplanamiento del cotilo, lateralización y ascensión de la cabeza femoral, formación de neocotilo, etc.

Diagnostico.

La American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda el cribado de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) en lactantes y niños pequeños en cada revisión de salud hasta que el niño ande normalmente.

Los hallazgos esenciales de la exploración física son:

- Puede observarse inestabilidad de la cadera con las maniobras de Ortolani y Barlow en lactantes de hasta 12 semanas de edad.
- Asimetría de los pliegues glúteos y en los muslos.
- Dismetría de los miembros inferiores.
- En la exploración física también puede observarse un signo de Galeazzi positivo.
- Limitación de la abducción (< 45 grados) en niños > 3 meses de edad.
- Prueba de inclinación pélvica de Trendelenburg positiva o marcha de Trendelenburg al andar.

Diagnóstico por la imagen:

- La ecografía es la principal técnica de diagnóstico por la imagen hasta los 4-6 meses de edad.

- La AAP recomienda una ecografía de la cadera antes de los 4-6 meses de edad en lactantes de sexo femenino con presentación de nalgas a las 34 semanas de edad.
- Las pruebas de imagen son opcionales en lactantes de sexo masculino con presentación de nalgas y en las niñas con antecedentes familiares.
- Las radiografías simples (imagen AP de ambas caderas) debe realizarse después de los 4-6 meses de edad.

Tratamiento.

- La evolución natural de la DDC depende de la gravedad y de la edad del paciente. La mayor parte de la inestabilidad de la cadera en los recién nacidos es fisiológica, y hasta el 90 % de los casos ya se han estabilizado hacia los 8-12 meses de edad. Los pacientes con displasia sin tratamiento pueden presentar alteración de la marcha o dolor en la cadera a medida que se hacen mayores.
- Los lactantes con una posible DDC en la exploración física deben derivarse a un especialista en ortopedia para una evaluación adicional y la realización de pruebas de diagnóstico por la imagen.
- Forma de tratamiento según la edad:
 - 0-6 meses: Arnés de Pavlik para mantener la abducción y no se recomienda el triple pañal como tratamiento.
 - 6-18 meses: Reducción cerrada y yeso tipo espica (pelvipédico) durante 3-4 meses y reducción abierta seguida de yeso pelvipédico (espica) si la reducción cerrada no es eficaz.
 - Mayor de 18 meses: Reducción abierta y osteotomía.

Complicaciones.

Si la DDC no se trata de manera temprana, la articulación de la cadera no se formará adecuadamente. Esto dará como resultado una dificultad para mover normalmente las caderas, que podrá hacerse evidente cuando el niño comience a caminar. La afección podrá causar dolor a medida que el niño crezca.

La DDC puede dañar el cartílago blando (labrum) que bordea la cavidad de la articulación de la cadera.

La DDC, puede hacer que la articulación sea más propensa a desarrollar osteoartritis.

Bibliografía.

- Diagnóstico y tratamiento o Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia de Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del rtuno de displasia del desarrollo de la cadera desarrollo de la cadera desarrollo de la cadera. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 .
- Manual de pediatría, Andrew J. White. Washintong University. 2ª edición.