# DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA: tamizaje y manejo en el lactante.

EVA MONTOYA JAIME
R1 ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
ROTATORIO PLANTA HOSPITALIZACIÓN LACTANTES
HOSPITAL GENERAL DR BALMIS DE ALICANTE

# ÍNDICE


1 INTRODUCCIÓN

2 EPIDEMIOLOGÍA

3 DIAGNÓSTICO

4 TRATAMIENTO

5 CONCLUSIONES

6 BIBLIOGRAFÍA


Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# OBJETIVO

## PRINCIPAL OBJETIVO

Recopilar información relevante y actualizada en cuanto a la epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico, cribado y manejo de la displasia del desarrollo de la cadera en función de la edad del paciente.

# INTRODUCCIÓN

## DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDC)

Amplio espectro de alteraciones patológicas del acetábulo y fémur proximal que pueden aparecer desde el nacimiento hasta el desarrollo de la marcha.

**LUXACIÓN**

Pérdida completa de contacto entre la cabeza femoral y el acetábulo.

**SUBLUXACIÓN**

La cabeza femoral está parcialmente fuera del acetábulo pero permanece en contacto.

**LUXABILIDAD**

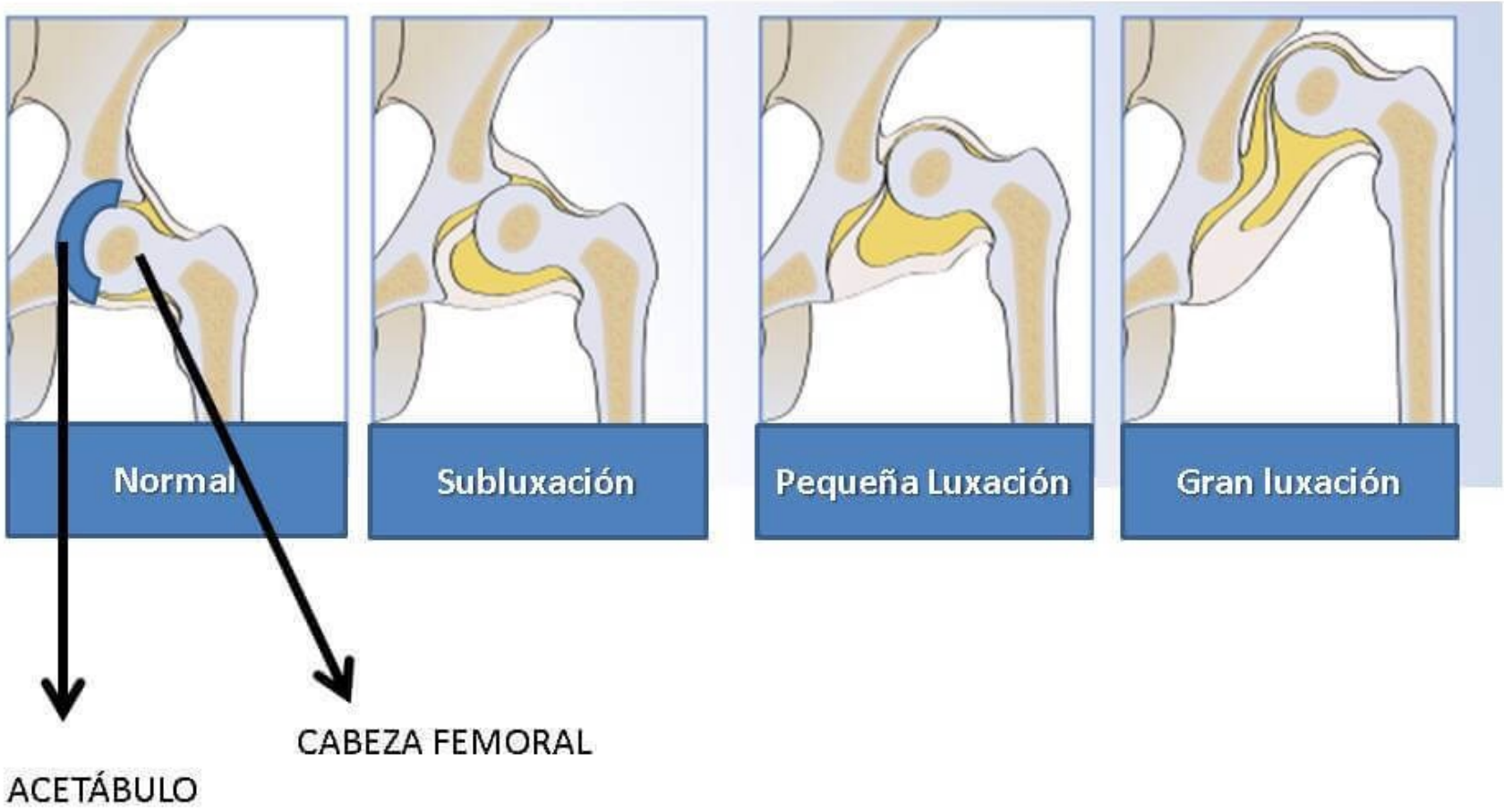
La cabeza femoral entra y sale del acetábulo parcial o totalmente.

**DISPLASIA**

Anomalía de la forma de la articulación de la cadera, poca profundidad del acetábulo

# INTRODUCCIÓN

## DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDC)



# EPIDEMIOLOGÍA

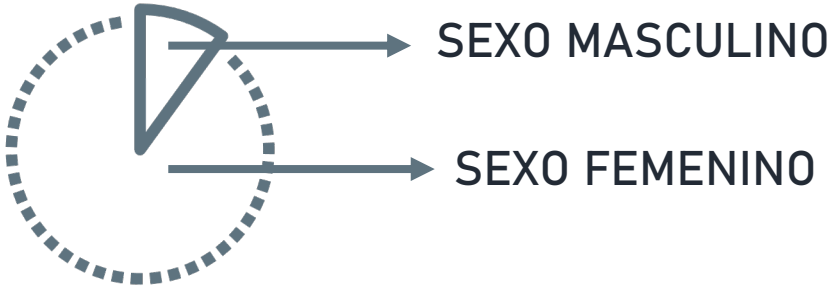
Trastorno de cadera más común en ortopedia pediátrica y es la principal causa de osteoartrosis prematura.

1-34 casos / 1000 nacidos

UNILATERALIDAD

SEXO FEMENINO

La mayoría de las inestabilidades de la articulación de la cadera en el periodo neonatal se resuelven espontáneamente en las primeras semanas de vida, el 1,2% necesitan tratamiento.




Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# FACTORES DE RIESGO

AMBIENTALES

GENÉTICOS

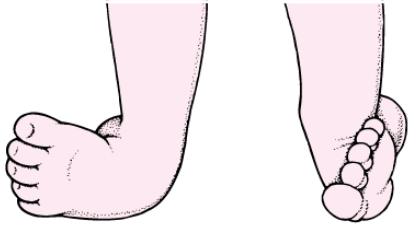
POSICIÓN PRENATAL

OTROS FACTORES

- Oligohidramnios
- Macrosomía fetal
- Gestación múltiple
- Amniocentesis
- Miomas uterinos
- Amniocentesis
- Edad materna avanzada

SE ASOCIA

- Tortícolis muscular
- Asimetría facial
- Pie valgo
- Metatarso varo



Pie varo Pie valgo

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# FACTORES DE RIESGO

**FUNDAMENTALES**

- ANTECEDENTES FAMILIARES
- SEXO FEMENINO
- PRESENTACIÓN PODÁLICA

Variaciones de la presentación de nalgas

Nalgas completas | Nalgas incompletas | Nalgas francas

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# DIAGNÓSTICO

¡RECUERDA!

| | MOVIMIENTO | TIPO DE CADERA PATOLÓGICA (+) |
|---|---|---|
| MANIOBRA DE ORTOLANI | Abducción | Luxada |
| MANIOBRA DE BARLOW | Adducción | LuxaBle |

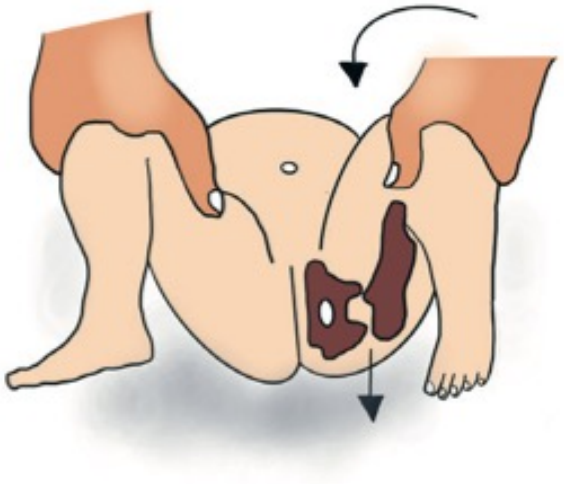
## EXPLORACIÓN CLÍNICA RECIÉN NACIDO

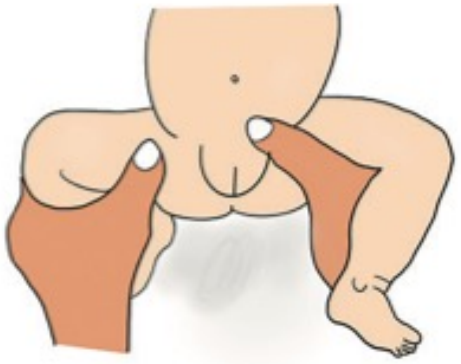
### MANIOBRA BARLOW

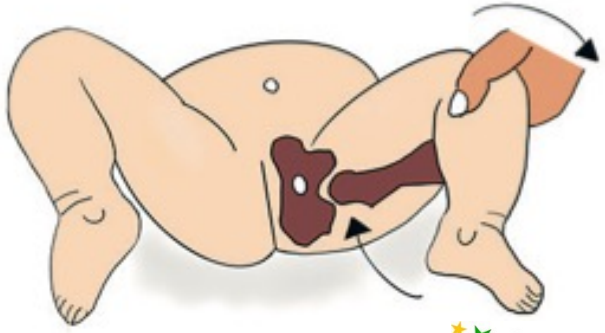
Indica que la cadera está reducida y es fácilmente **LUXABLE**.
< 4-6 semanas de vida hiperlaxitud.

### MANIOBRA ORTOLANI

Indica que la cadera está **LUXADA.**
Ortolani positivo requiere derivación al especialista.







Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# DIAGNÓSTICO

¡RECUERDA!

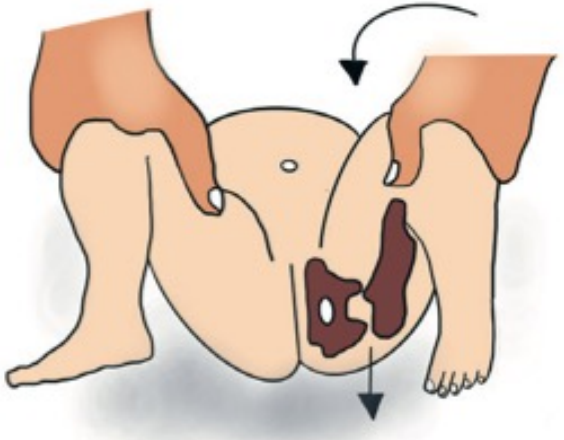
| | MOVIMIENTO | TIPO DE CADERA PATOLÓGICA (+) |
|---|---|---|
| MANIOBRA DE ORTOLANI | Abducción | Luxada |
| MANIOBRA DE BARLOW | Adducción | LuxaBle |

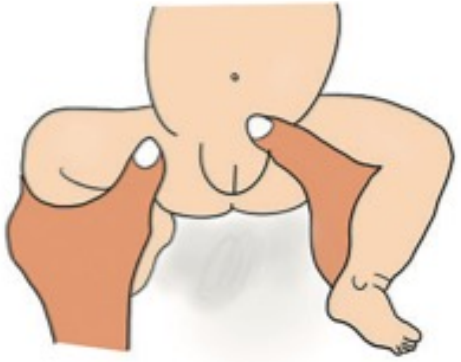
## EXPLORACIÓN CLÍNICA RECIÉN NACIDO

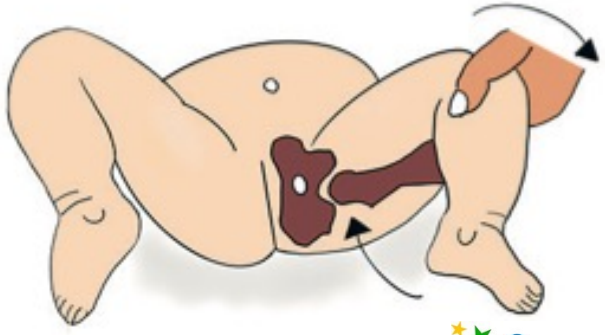
ENTRE 1-3 MESES

↓ SENSIBILIDAD

↑ TONO MUSCULAR
VOLUMEN
TAMAÑO MUSLO







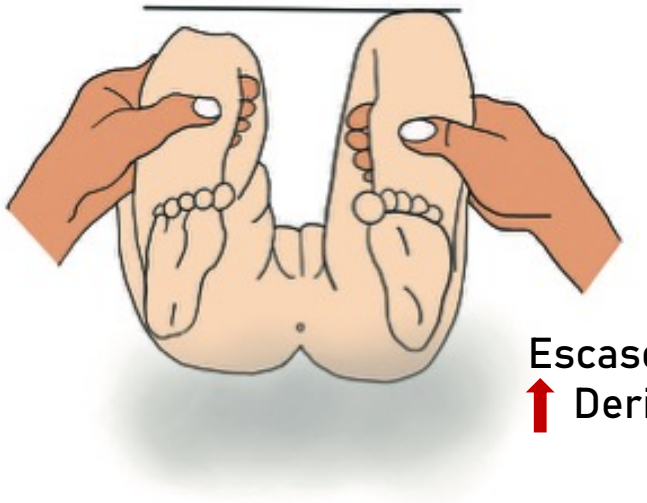
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# DIAGNÓSTICO

## EXPLORACIÓN CLÍNICA AL MES DE VIDA

### SIGNOS DIRECTOS

Limitación de la abducción, en caso de luxación resultará imposible la abducción mayor de 60º.

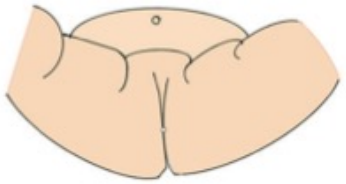


### SIGNOS INDIRECTOS

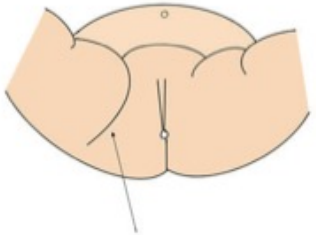
- Asimetría longitud de miembros inferiores, **SIGNO GALEAZZI o ALLIS**.
- Asimetría de pliegues: inguino-vulvares y ascenso del pliegue poplíteo.

Escaso valor diagnóstico

Derivaciones especialista



Normal



Asimetría de pliegues. (Positivo derecho)

# CRIBADO DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

< 3 MESES: ORTOLANI Y BARLOW
> 3 MESES: LIMITACIÓN ABDUCCIÓN Y GALEAZZI

PATOLÓGICA

No → FACTOR RIESGO

Si → Ecografía (< 6 meses)
Radiografía (> 6 meses) → DERIVACIÓN

FACTOR RIESGO

Si → Prueba de imagen → PATOLÓGICA

PATOLÓGICA

Si → DERIVACIÓN

No → SEGUIMIENTO HASTA DEAMBULACIÓN AUTÓNOMA

No → SEGUIMIENTO HASTA DEAMBULACIÓN AUTÓNOMA

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# DIAGNÓSTICO

## AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDID SURGEONS (AAOS)

- Presentación nalgas
- Antecedente familiar
- Inestabilidad clínica
- Factores asociados
- Exploración patológica

**RECOMENDACIÓN:**
**Ecografía de 6-8 semanas de edad**

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# DIAGNÓSTICO

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### ECOGRAFÍA

- Prueba de elección en < 4 meses.
- A partir de las 4 semanas
- < 4 semanas hiperlaxitud ⚠️
- Sensibilidad y especificidad 80-97%.
- Limitación si osificación del núcleo femoral.

### RADIOGRAFÍA

Mayor rendimiento desde los 3 meses de edad, los núcleos de la epífisis femoral se visualizan osificados entre los 3 y 8 meses de vida.

# TRATAMIENTO

## DISPOSITIVO DE POSICIONAMIENTO NO QUIRÚRGICO
## ARNES DE PAVLIK

- Hasta los 6 meses de edad.
- Durante 1-2 meses.
- Revisiones periódicas.
- NO colocar en posición forzada de hiperflexión o abducción excesiva.
- Como principales complicaciones paresia del nervio femoral o necrosis avascular de la cabeza femoral por la presión.
- Colocar directamente sobre la piel, no retirar en el aseo del niño.
- Tasa de éxito 85-92%.
- Si resistencia al tratamiento → valorar otras opciones

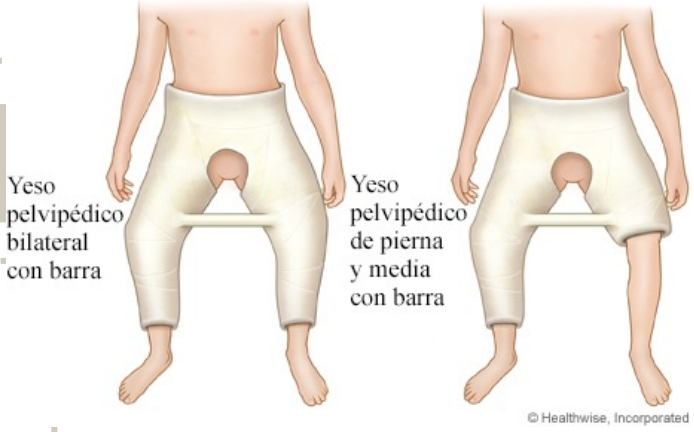
# TRATAMIENTO

## CIRUGÍA

- Diagnóstico > 6 meses de edad.
- Desde los 6 a los 2 años, reducción cerrada.
- Si > 2 años pueden necesitar cirugía abierta seguido de yeso en espiga.

## YESO EN ESPIGA PELVIPEDICO

- Se aplica desde el pecho hasta los muslos o rodillas.
- Mantiene la cadera en su lugar después de la cirugía.
- De 3 a 6 meses de duración.
- Cambios y revisiones periódicas para ajustarlo al crecimiento del bebé.
- Garantizar rigidez.




Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# TRATAMIENTO

## EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### FUNCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Criterios de McKay: dolor, rango de movimiento, fuerza muscular y cojera.

### DESARROLLO Y GRAVEDAD DE LA OSTEONECROSIS

Diagnostico 1 año después de la reducción.
Riesgo de displasia residual tras intervención 22-33%.

### EVALUACIÓN RADIOGRAFÍCA DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

# CASO CLÍNICO

Lactante de 16 meses que ingresa para intervención por luxación de cadera derecha con reducción abierta.

## ANTECEDENTES

- Cesárea
- 38 semanas de gestación
- Sexo femenino ★
- Presentación de nalgas ★
- Bajo peso
- Oligohidramnios ★

Diagnosticada de luxación bilateral de cadera a los 2 meses por presentar Maniobra de Ortolani positiva, se deriva a especialista.
Se coloca Arnés de Pavlik a los 2 meses durante 1 mes, ante resistencia al tratamiento se realizan 3 intervenciones con reducción cerrada.
Tras persistencia de luxación cadera derecha y edad del paciente se decide volver a intervenir mediante reducción abierta y colocación de yeso en espiga.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# CONCLUSIONES

- Una adecuada exploración clínica es esencial para realizar un diagnóstico precoz.
- Un retraso en el tratamiento de la DCC conlleva a una peor evolución clínica y a tratamientos más agresivos.
- Existe una prevalencia de la enfermedad unilateral y predominante sobre la cadera izquierda.
- El sexo femenino es el más afectado y uno de los principales factores de riesgo.
- En cuanto al diagnóstico, existe controversia sobre si el examen clínico o los estudios de imagen deben considerarse el método estándar para el diagnóstico, se puede concluir que la combinación de ellos podría considerarse como el método de diagnóstico ideal.

# BIBLIOGRAFÍA


1. De Canarias G. Guía de derivación de patología ortopédica y traumatológica en la infancia y adolescencia desde atención primaria [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 9 de enero de 2024]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c289d893-a99f-11eb-b8f50b12c95badd0/DocumentoCompleto_COT.pdf
2. Raimann R, Aguirre D. Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje y manejo en el lactante. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 7 de enero de 2024];32(3):263–70. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-displasia-del-desarrollo-de-la-S0716864021000511
3. Abril JC, Vara Patudo I, Egea Gámez RM, Montero Díaz M. Displasia del desarrollo de la cadera y trastornos ortopédicos del recién nacido [Internet]. Pediatriaintegral.es. [citado el 7 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es//wp-content/uploads/2019/xxiii04/01/n4-176-186_JuanAbril.pdf
4. Escribano García C, Bachiller Carnicero L, Marín Urueña SI, Montejo Vicente M del M, Izquierdo Caballero R, Morales Luengo F, et al. Displasia evolutiva de caderas: más allá del cribado. La exploración, nuestra asignatura pendiente. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2021 [citado el 7 de enero de 2024];95(4):240–5. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-displasia-evolutiva-caderas-mas-alla-articulo-S1695403320302861
5. Claro-Hernández, J. C., Mora-Ríos, F. G., Mejía-Rohenes, C., García-Ramírez, V. F., & Hernández-Laredo, O. (2017). Epidemiología de la displasia del desarrollo de la cadera. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, *22*(1), 22-27. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2017/rmq171c.pdf

# MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

EVA MONTOYA JAIME
R1 ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
ROTATORIO PLANTA HOSPITALIZACIÓN LACTANTES
HOSPITAL GENERAL DR BALMIS DE ALICANTE