
ARTICULO ORIGINAL

Displasia del desarrollo de la cadera, en un centro de atención primaria

Developmental dysplasia of the hip in a primary care center

Dr. Raúl Onostre Guerra*

Resumen

Objetivos: identificar antecedentes, cuadro clínico y radiológico de un grupo de niños y niñas con displasia del desarrollo de cadera (DDC).

Población: niños y niñas de 3 meses a 1 año de edad que acudieron a la consulta pediátrica de "control de niño sano" en el Centro de Salud San Antonio Alto, entre junio del 2007 y junio del 2008.

Material y Métodos: diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo. Método de muestreo no probabilístico. Ingresaron al estudio todos los niños y niñas con diagnóstico clínico y radiológico de DDC.

Resultados: se analizaron 82 casos de niños(as) con DDC, el 75,5% de los afectados fueron del sexo femenino y 24,5% del sexo masculino. La cadera más afectada fue la izquierda en un 53%, la derecha en 24% y en forma bilateral un 23% de los casos. La relación encontrada entre DDC izquierda y derecha fue de 2.2: 1. El 84% sin desplazamiento, 10% con subluxación y 6% con luxación total. Antecedentes: presentación cefálica (73%) y podálica (19%). Parto vaginal en el 87% y 13% por cesárea. El 62,1% en madres primigestas, 29,2% segundigestas y 8,6% en el tercer embarazo. El signo más frecuente encontrado fue la limitación a la abducción en el 100% de los casos (82), seguido de la asimetría de pliegues glúteos y muslo en el 78% (64 casos). El signos de Ortolani y Barlow se evidenció en 5 casos en niños de 3 meses de edad (6%), 4 casos de acortamiento de la extremidad y un solo caso de claudicación.

Conclusión: las características de los casos de DDC encontradas en el presente estudio muestran hallazgos casi coincidentes con otros autores respecto al predominio del sexo femenino, la afectación unilateral e izquierda, los hallazgos clínicos y radiológicos. Se necesitan nuevos trabajos de nuestra realidad nacional, para lograr recomendaciones más concluyentes sobre esta entidad en nuestro país.

Palabras claves:

Rev Soc Bol Ped 2009; 48 (1): 3-6: displasia congénita de cadera, signos clínicos y radiológicos de DDC, Displasia en lactantes.

Abstract

Objective: to identify antecedents, clinical and radiological case of a group of children with developmental dysplasia of the hip (DDC).

Population: children from 3 months to 1 year of age who went to the pediatric consultation "of well child check-up" in the Health Center San Antonio Alto, between June 2007 and June 2008.

Material and Methods: A descriptive, longitudinal and prospective design. Non-probability sampling method. Entered the study all children with clinical and radiological diagnosis of DDC.

Results: we analyzed 82 cases of children with DDC, 75.5% of those affected were female and 24.5% male. The most affected hip was left at 53%, right at 24% and bilaterally in 23% of cases. The relationship found between left and right DDC was 2.2: 1. 84% Non displaced 10% with subluxation and 6% with total dislocation. Background: cephalic presentation (73%) and breech (19%). Vaginal delivery in 87% and 13% by cesarean section. The primigravid mothers in 62.1%, 29.2% second pregnancy and 8.6% in the third pregnancy. The most frequently finding was the limitation to abduction at 100% of cases (82), followed by the asymmetry of gluteal and thigh folds in 78% (64 cases). The Ortolani and Barlow signs were evident in 5 cases in children 3 months of age (6%), 4 cases of limb shortening and a single case of claudication.

Conclusion: the characteristics of the DDC cases found in the present study show nearly coincident with other authors regarding the predominance of females, and left-sided involvement, clinical and radiological findings. Further work is required of our national reality, to achieve more conclusive recommendations about this disease in our country.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2009; 48 (1): 3-6: congenital hip dysplasia, clinical and radiological DDC, dysplasia in infants

* Médico-Pediatra CSSAA(SEDES - LaPaz). E-mail: raulonostre@hotmail.com

Artículo recibido 7/8/02 y fue aceptado para publicar 10/11/08

Introducción

El término displasia del desarrollo de la cadera (DDC), incluye un amplio espectro de desórdenes patológicos, clínicos y radiológicos, que incluyen desde la cadera inestable a la franca e irreductible luxación, pasando por la displasia con subluxación, lo que permite el desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo¹. El término de luxación congénita de cadera fue sustituido por el de DDC, debido a que en muchas ocasiones la cadera es normal en el nacimiento y presenta anomalías más tarde y la DDC es una patología que puede desarrollarse en el periodo prenatal o postnatal².

Diversos estudios afirman que existen muchos factores: genéticos, fisiológicos, mecánicos y teratogénicos implicados en la producción de la DDC, entre ellos han sido citados: el sexo femenino, hijos de primíparas, el oligoamnios, la presentación pelviana, el metatarso abductus, la tortícolis congénita y el uso de fórceps³⁻⁴. El examen radiológico permite estudiar las estructuras óseas y las alteraciones de la DDC; tiene la ventaja de ser un examen sencillo, barato, inocuo (dosis de radiación mínima), fácil de obtener en la mayoría de los hospitales o centros de salud, no requiere de equipos sofisticados y prácticamente puede ser interpretado por todo médico entrenado o experimentado⁵.

El presente estudio tiene el objetivo de comprobar la frecuencia de casos de DDC en niños que acuden al Centro de Salud San Antonio Alto.

Material y métodos

El diseño fue descriptivo, longitudinal y prospectivo cuyo universo estuvo representado por el total de niños y niñas de 3 meses a 1 año de edad que acudieron a la consulta pediátrica de “control de niño sano” en el Centro de Salud San Antonio Alto (Distrito 4- SEDES -La Paz), entre junio del 2007 y junio del 2008. La población estudiada fue de extracción social media y baja.

La muestra se conformó con todos los casos de niños y niñas con diagnóstico clínico y radiológico de DDC. Se excluyeron a los niños menores de tres meses con signos positivos de Ortolani o Barlow, por ausencia de un centro de referencia para el estudio ecográfico de estos casos. También fueron excluidos los niños mayores de un año y pacientes con malformaciones congénitas.

Se definió como “caso” a todos los niños y niñas entre tres meses a un año de edad con signos clínicos positivos para DDC, confirmada por una placa radiográfica con los repartos de Hilgenreiner positivo antes de la aparición de los núcleos de osificación (30° antes del año de edad) o repartos de D’Ombredanne positivo cuando ya habían aparecido los núcleos de osificación, así como la continuidad del arco cérvico-obturatriz o de Shenton.

A todos los niños que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una historia clínica completa, haciendo énfasis durante la anamnesis en la edad de la madre, antecedentes personales y familiares de DDC, antecedentes obstétricos (gestas previas; presentación: cefálica, pelviana, transversa), antecedentes del niño estudiado. En todos los casos se realizó un adecuado examen físico y se solicitó una radiografía anteroposterior de pelvis para confirmar el diagnóstico.

La exploración médica se realizó con el paciente descansando en una superficie firme (mesa de examen), en un ambiente cálido, con el niño relajado (distráido por juguetes) y las manos del explorador calientes. Los criterios clínicos de diagnóstico fueron los universalmente establecidos: signo de Ortolani, Barlow, asimetría de pliegues, limitación de la abducción, acortamiento de la extremidad. Todos los casos con diagnósticos clínicos fueron confirmados por estudios radiológicos y remitidos a los médicos traumatólogos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” y Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz.

Resultados

El 75,5% de los afectados fueron del sexo femenino y 24,5% del sexo masculino. La cadera más afectada fue la izquierda en un 53%, la derecha en 24% y en forma bilateral un 23% de los casos. La relación encontrada entre DDC izquierda y derecha fue de 2.2: 1 (2,2 casos de DDC izquierda por una derecha). La relación entre el sexo y la localización se muestra en el cuadro #1.

Cuadro # 1. Relación entre sexo y localización de DDC

SEXO	LOCALIZACIÓN DDC			TOTAL	%
	Izquierda	Derecha	Bilateral		
Masculino	8	7	5	20	24,5%
Femenino	35	13	14	62	75,5%
TOTAL	43	20	19	82	100%
Porcentaje	53%	24%	23%	100%	

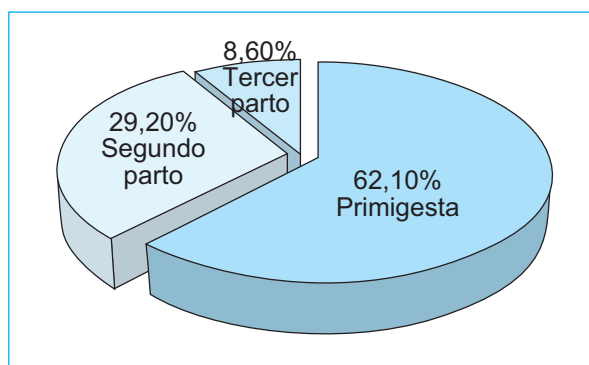
La distribución por el grado de desplazamiento encontrada fue de 64 casos sin desplazamiento (84%), 8 casos con subluxación de la cabeza femoral (10%) y 5 casos con luxación total de la cabeza femoral (6%).

La presentación más frecuente en el momento del nacimiento fue la cefálica con 60 casos (73%), podálica 12 casos (19%), no existieron antecedentes claros en 10 casos (13%).

En el 87% (71 casos) el parto fue por vía vaginal y un 13% (11 casos) por cesárea. El mayor número de caso de DDC se observó en niños de madres primigestas 51 casos (62,1%), segundigestas 24 casos (29,2%) y solo 7 casos (8,6 %) en el tercer embarazo. Ver figura # 1.

El signo más frecuente encontrado en los niños y niñas con DDC fue la limitación a la abducción en el 100% de los casos (82), seguido de la asimetría de pliegues glúteos y muslo en el 78% (64 casos). El signos de Ortolani y Barlow se evidenció en 5 casos en niños de 3 meses de edad (6%), 4 casos de acortamiento de la extremidad y un solo caso con claudicación.

Figura # 1. Relación entre paridad y DDC



Discusión

La DDC es una entidad médica frecuente; existen diferentes factores étnicos, fisiológicos, mecánicos y teratogénicos implicados en la producción de la displasia congénita de la cadera⁴.

Las características de los casos de DDC encontrada en el presente estudio muestran hallazgos casi coincidentes con otros autores respecto al predominio del sexo femenino, la afectación unilateral y mayor frecuencia de casos en la cadera izquierda. La mayor frecuencia de casos de DDC en la cadera izquierda para muchos autores está condicionada a la predisposición que tiene el feto durante el embarazo, que tiende a colocarse con el muslo izquierdo en aducción apoyado en el sacro materno⁶.

Factores hormonales explicarían la mayor incidencia en niñas debido a la relación existente con los estrógenos, progesterona y la relaxina que inducirían a la relajación de la pelvis, condicionando una laxitud transitoria de la articulación y de la cápsula⁷.

El mayor número de caso de DDC se observó en niños de madres primigestas, 51 de 82 casos (62,1%) que coincide con hallazgos de otros autores que afirman que existen factores mecánicos que actúan dentro del útero durante el último trimestre de gestación, provocando restricción del espacio intrauterino y explicarían el por qué seis de cada diez niños con DDC aproximadamente son primogénitos. Plantean muchos autores que el útero de las primíparas tiene

mayor tono muscular y existiría una mayor frecuencia de compresiones, malas posiciones y una menor cantidad de líquido amniótico, que ejercen una acción más directa sobre el feto, lo que condicionaría esta entidad⁶.

Teniendo en cuenta el tipo de presentación durante el nacimiento, en nuestro estudio existe un número significativo de pacientes con presentación pelviana: 12 de 82 casos (15%). 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, se distiende la cápsula y al estar limitado el feto en los cambios de posición, las fuerzas deformantes actuarían constantemente sobre el rodete acetabular⁷⁻⁸.

El signo clínico más frecuentemente observado fue la limitación a la abducción que es corroborado por Bialik y Benderly que refieren en diversos estudios que “la limitación de la abducción de la cadera es un hallazgo clínico frecuente y que merece ser analizado independientemente”⁶.

Existen signos físicos tardíos de luxación, los cuales son secundarios y pueden que no estén en el momento del nacimiento dado que generalmente se desarrollan hacia el final de la sexta semana de vida; de estos los más importantes son: pliegues asimétricos en la luxación unilateral; signo de Galeazzi: desigualdad de la altura de las rodillas al mantener flexionadas las mismas, por la discrepancia aparente de la longitud de las piernas causada por la oblicuidad pelviana y una cabeza femoral de ubicación alta; abducción limitada. Estos signos deben alertar a los pediatras porque sugieren una subluxación o una dislocación, pero no son patognomónicos⁸.

La radiografía de cadera es útil para diagnósticos más allá de los tres meses de edad y para el seguimiento. Tiene la ventaja de ser un examen sencillo, seguro, económico y accesible en cualquier centro

hospitalario para el paciente. La radiografía simple tiene un valor limitado en los primeros meses de vida debido a la naturaleza principalmente cartilaginosa de los huesos y si es importante para el diagnóstico en esta etapa de la vida, la ecografía. Alrededor de los 3-6 meses de edad las radiografías se vuelven más confiables, particularmente cuando se desarrolla el centro de osificación de la cabeza femoral.

Se necesitan nuevos trabajos de nuestra realidad nacional, para lograr recomendaciones más concluyentes sobre esta dolencia en nuestro país.

Referencias

1. Coleman SS. Developmental dislocation of the hip. Evolutionary changes in diagnosis and treatment. *J Pediatr Orthop* 1994;14:1-2.
2. Aronsson DD, Goldberg MJ, Kiling TF Jr, Roy DR. Developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 1994;94:201-6
3. 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; 105:57-9
4. Arce VJ, García BC. Displasia del desarrollo de cadera. ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo? *Rev Chil Pediatr* 2000;71: 354-66.
5. Bialik V. Displasia del desarrollo de la cadera: un nuevo enfoque de la incidencia. *Pediatrics* 1999;40:15-9.
6. Hernández AE, Ahued AJ, García CR. Factores de riesgo en la etapa intrauterina que predisponen a la luxación congénita de cadera. *Ginec Mex* 1997; 65: 358-61.
7. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip 2000; 10: 896-905.
8. Delgadillo JM, Macias HA, Hernandez R. Desarrollo displásico de cadera. *Rev Mex Ped* 2006;73:26-32.