
Annex 13. Cribratge de la displàsia evolutiva del maluc

Objectiu

Aconseguir un diagnòstic precoç de la displàsia evolutiva del maluc.

Destinataris

Equips d'atenció pediàtrica de l'atenció primària.

Població diana

Tots els nounats fins que estigui establida la deambulació.

Justificació

La displàsia evolutiva del maluc es defineix com l'alteració de l'articulació coxofemoral que dona lloc a una deformitat en la qual el cap femoral està totalment fora de l'acetàbul (luxació) o ho està parcialment (subluxació) o bé el cap entra i surt de l'acetàbul (inestabilitat). Inclou també diverses anomalies radiològiques que indiquen displàsia en el desenvolupament de l'acetàbul o del cap femoral. Com que algunes d'aquestes anomalies poden no ser presents en néixer, es prefereixen els termes *displàsia evolutiva del maluc* (DEM) o *displàsia de desenvolupament del maluc* (DDM) que el terme clàssic *luxació congènita del maluc* (LCM).

La incidència varia segons si ens referim a la població sana (4/1.000) o a la població amb factors de risc (133/1.000). El 50 % dels casos de DEM es diagnostiquen per mitjà de les maniobres d'Ortolani i de Barlow en el període neonatal precoç, de manera que l'aplicació sistemàtica d'aquest mitjà ha reduït la incidència. No obstant això, el 35 % dels casos de DEM són de diagnòstic tardà, cosa que obliga a una exploració acurada del maluc en cada control de salut durant el primer any de vida.

Hi ha una evidència pobra dels riscos propis del cribratge, com podria ser una luxació secundària o la necrosi del cap femoral.

El 60-80 % de les DEM detectades en els exàmens clínics evoluciona favorablement de manera espontània en 2-8 setmanes, i el 90 % de les ecogràficament positives seran normals entre un mes i mig i sis mesos més tard.

Eficàcia de les proves de detecció

En la revisió de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) de 2006 es va concloure que els beneficis del cribratge no són clars, ja que no hi ha evidència directa (evidència pobra i conflictiva) entre aquesta prova i la disminució de les necessitats de cirurgia o la millora de resultats funcionals. Tot i que condueix al diagnòstic precoç, la validesa de l'examen clínic té evidències insuficients. Actualment no és possible establir un balanç entre el cost i el benefici ni tampoc un balanç entre els beneficis i els riscos del cribratge. Malgrat això, es tracta d'una exploració incruenta i la detecció és important perquè l'afecció es tracta fàcilment quan es detecta precoçment, però és difícil de tractar quan es fa tardanament, i a llarg termini pot provocar discapacitat.

Població de risc

No hi ha una definició única establida pel que fa als criteris de risc. La més acceptada actualment procedeix de l'American Academy of Pediatrics. Són els següents:

- Antecedents familiars de DEM, també en cas de familiars que han precisat d'una pròtesis de maluc abans dels 40 anys.
- Nins i nines en posició de natges en la 34a setmana de la gestació (es produeixi o no el canvi a presentació cefàlica).
- Sexe femení.

Els factors de risc alt s'associen —amb prou evidència— al risc de luxació, però la majoria de les DEM no tenen factors de risc: només el 10-27 % dels infants amb DEM tenen factors de risc i només l'1-10 % dels infants amb factors de risc pateixen DEM (excloent el sexe).

Es recomana fer una ecografia dels malucs a les 6 setmanes (entre les 4a i la 8a setmana) davant de la presència d'almenys dos marcadors de risc alt de patir DEM.

Altres factors que s'han de considerar són l'ordre del naixement (més risc en el primer fill), les situacions que s'associen a la limitació de l'espai intrauterí (*packing*), com l'oligohidramni, o presentar altres anomalies musculoesquelètiques, com ara torticoli congènit.

Exploració física

Maniobra d'Ortolani

Pretén comprovar la reducció d'un maluc prèviament luxat. S'aplica amb el nounat relaxat i en la posició de decúbit supí. Convé explorar un maluc i després l'altre: amb una mà s'estabilitza la pelvis i amb l'altra es flexionen el genoll i el maluc de l'altre costat 90 ° (fins a formar un 4), pinçant la cuixa entre el dit polze (sobre la cara interna) i els dits índex i mitjà, que es col·loquen sobre el trocànter major (per la cara externa). Suaument es fa l'abducció de la cuixa amb el polze alhora que s'empeny el trocànter major cap a dins i cap a dalt amb els altres dits. La maniobra és positiva quan es nota que el fèmur *hi entra*; es tracta d'una sensació propioceptiva, gairebé palpable (un *cloc* d'entrada).

Maniobra de Barlow

Aquesta maniobra pretén comprovar la luxabilitat d'un maluc reduït. S'aplica en la posició de decúbit supí amb els malucs flexionats i en lleugera abducció: mantenint fix un maluc, es mobilitza l'altre suaument en adducció-abducció, intentant luxar-lo en adduir, empenyent el coll del fèmur cap enrere i cap enfora, i després reduint-lo en abducció.

És important diferenciar la sensació de luxació o reducció (*cloc*) dels *clics* o sorolls articulars produïts per tendons o lligaments que hi ha al voltant del maluc i del genoll. El *clic* s'ha d'evitar perquè condueix a errors d'interpretació: no suggereix DEM.

La combinació de les maniobres d'Ortolani i de Barlow té una especificitat alta (98-99 %) per detectar malucs inestables.

Signe de Galeazzi (acurçament del membre afectat)

Es col·loquen els malucs i els genolls flexionats a 90 ° amb les tíbies i els turmells junts, amb la qual cosa es percep una longitud diferent de les cuixes si hi ha luxació. Amb l'infant en la mateixa posició de l'exploració anterior s'ha d'apreciar si un genoll queda més baix que l'altre.

Asimetria d'abducció o limitació d'abducció

És el signe principal després del període neonatal, quan les maniobres d'Ortolani i de Barlow es negativitzen. Una asimetria franca d'abducció és motiu d'exploracions complementàries, i també una limitació d'abducció bilateral. Els pacients amb DEM unilateral poden tenir incrementada la rotació interna del maluc, perquè l'anteversió femoral està associada sovint amb la DEM.

Necessitat de proves radiològiques

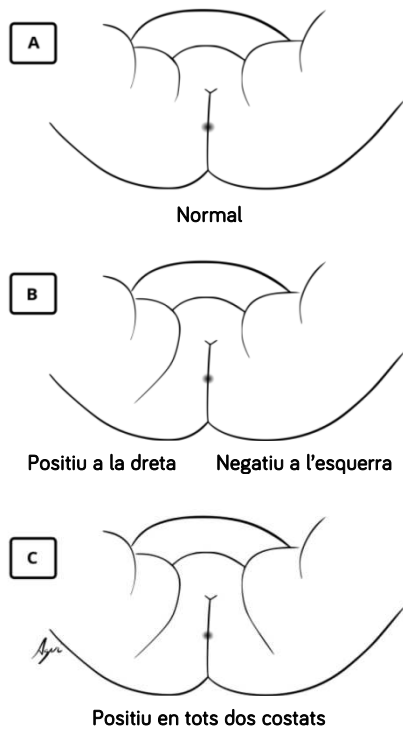
Segons la revisió Cochrane 2011, no hi ha prou evidències que l'examen ecogràfic universal doni lloc a un augment significatiu del tractament en comparació amb l'ús de l'examen ecogràfic específic o només l'examen clínic. En el cas d'un nounat amb malucs inestables o malucs lleument displàsics, un examen ecogràfic tardà redueix el tractament però no augmenta la taxa de diagnòstic tardà de DDC ni de cirurgia.

En els casos de sospita després dels 3-6 mesos, és preferible fer una radiografia en la posició anteroposterior i de Von Rosen (abducció i rotació externa de 45 °). Abans d'aquesta edat, com que la radiografia no visualitza el component acetabular cartilaginós, pot induir a errors.

Recomanacions

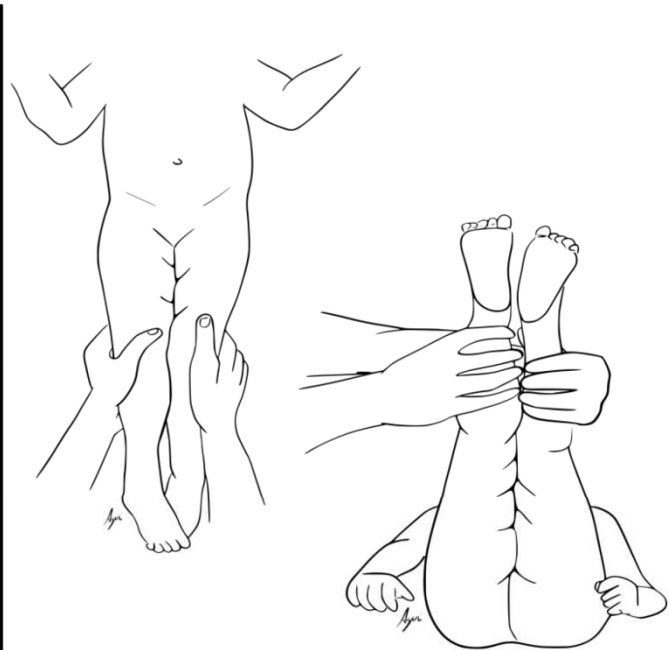
- Heu de fer les maniobres d'Ortolani i de Barlow en el període neonatal. Després d'un període neonatal precoç, no estan indicades atesa la sensibilitat més baixa.
- Cercau signes indirectes de DEM en l'exploració fins als 12 mesos.
- En cada control de salut del primer any de vida heu de fer una exploració acurada dels malucs (sobretot amb abducció forçada de cuixes i observant les possibles asimetries), ja que podeu detectar signes indirectes de luxació. L'abducció forçada de les cuixes és impossible a més de 60 ° si hi ha luxació (normal una abducció d'almenys 75 °). Aconsellam que exploreu cada costat separatament. En un lactant no major de 2-3 mesos, una limitació en l'abducció menor de 45 ° és un signe molt suggestiu de DEM.
- Asimetria en la longitud dels membres inferiors: signe de Galeazzi.
- Vigilau l'asimetria dels plecs inguinovulvars i ascens del plec popliti: l'asimetria dels plecs de la cuixa és molt freqüent, sobretot en lactants amb sobrepès. L'asimetria provocada per una luxació del maluc és deguda a l'acurçament de la cuixa perquè el cap femoral d'un costat es troba darrere de l'acetàbul.
- Llevat de les maniobres d'Ortolani i de Barlow, les exploracions es basen en la presència d'asimetries. Per tant, parau atenció per detectar les luxacions bilaterals, en què moltes d'aquestes maniobres són patològicament simètriques.

Figura 1. Asimetria dels plecs inguinovulvars.



- A** Els plecs inguinals normals no s'estenen més enllà de l'obertura anal.
- B** El plec inguinal de la dreta s'estén més enllà de l'obertura anal, cosa que suggereix una possible displàsia del desenvolupament del maluc dret.
- C** Els plecs inguinals d'ambdós costats s'estenen més enllà de l'obertura anal, cosa que suggereix displàsia de desenvolupament bilateral del maluc.

Figura 2. Asimetria dels plecs de la cuixa.



L'asimetria de la cuixa o dels plecs poplitis suggereix DEM, amb l'anomalia en el costat on el plec és més proximal. L'asimetria dels plecs de la cuixa o plecs poplitis no és útil en casos de DEM bilateral.

Annex 10. Torticoli muscular congènit

Bibliografia

Kotlarsky P, Haber R, Bialik V, Eidelman M. Developmental dysplasia of the hip: What has changed in the last 20 years? *World J Orthop.* 2015 Dec 18;6(11):886-901.

McClure P, Podeszwa DA. Hip Click in the Neonate: Should I Be Concerned? *Pediatr Ann.* 2016 Apr;45(4):e122-7.

Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *CMAJ.* 2001 Jun 12;164(12):1669-77.

SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO, Javier. "Cribado de la displasia evolutiva de cadera". En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línia]. Actualizado octubre de 2006. Disponible en: <previnfad.aepap.org/monografia/cadera> [Consulta: 1 juny 2018].

Shipman SA, Helfand M, Moyer VA, Yawn BP. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics.* 2006 Mar;117(3):e557-76.

Shorter D, Hong T, Osborn D. Programas de cribado para la displasia congénita de la cadera en recién nacidos. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 9. Art. No.: CD004595. DOI: 10.1002/14651858.CD004595.

Shorter D, Hong T, Osborn DA. Cochrane Review: Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Evid Based Child Health.* 2013 Jan;8(1):11-54.

Autora

- María Isabel Martín Delgado, pediatra del Centre de Salut Santa Ponça

Revisores

- Mireia Cortada Gracia, pediatra del Centre de Salut Santa Maria
- Esperanza Pascual Reus, infermera del Centre de Salut Santa Maria
- Aina Soler Mieras, metgessa del Gabinet Tècnic d'Atenció Primària de Mallorca

Revisor extern

- Gabriel Pizà Vallespir, traumatòleg del Servei de Traumatologia Infantil de l'Hospital Universitari Son Espases

Il.lustracions

- Alberto Aguilera Carrera, metge de família del Centre de Salut Es Blanquer (Inca).

