
Anexo 13. Cribado de la displasia evolutiva de la cadera

Objetivo

Lograr un diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de la cadera.

Destinatarios

Equipos de atención pediátrica de la atención primaria.

Población diana

Todos los recién nacidos hasta que esté establecida la deambulación.

Justificación

La displasia evolutiva de la cadera se define como la alteración de la articulación coxofemoral que da lugar a una deformidad en la que la cabeza femoral está totalmente fuera del acetábulo (luxación) o lo está parcialmente (subluxación) o bien la cabeza entra y sale del acetábulo (inestabilidad). Incluye también diversas anomalías radiológicas que indican displasia en el desarrollo del acetábulo o de la cabeza femoral. Como algunas de estas anomalías pueden no estar presentes al nacer, se prefieren los términos *displasia evolutiva de la cadera* (DEC) o *displasia de desarrollo de la cadera* (DDC) que el término clásico *luxación congénita de la cadera* (LCC).

Su incidencia varía según si nos referimos a la población sana (4/1.000) o a la población con factores de riesgo (133/1.000). El 50 % de los casos de DEC se diagnostican por medio de las maniobras de Ortolani y de Barlow en el periodo neonatal precoz, de tal manera que la aplicación sistemática de este medio ha reducido dicha incidencia. No obstante, el 35 % de los casos de DEC son de diagnóstico tardío, lo que obliga a una exploración cuidadosa de la cadera en cada control de salud durante el primer año de vida.

Existe una evidencia pobre de los riesgos propios del cribado, como podría ser una luxación secundaria o la necrosis de la cabeza femoral.

El 60-80 % de las DEC detectadas en los exámenes clínicos evoluciona favorablemente de forma espontánea en 2-8 semanas, y el 90 % de las ecográficamente positivas serán normales entre un mes y medio y seis meses más tarde.

Eficacia de las pruebas de detección

En la revisión de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) de 2006 se concluyó que los beneficios del cribado no están claros, pues no hay evidencia directa (evidencia pobre y conflictiva) entre esta prueba y la disminución de las necesidades de cirugía o la mejoría de resultados funcionales. Aunque conduce al diagnóstico precoz, la validez del examen clínico tiene evidencias insuficientes. Actualmente no es posible establecer un balance entre el coste y el beneficio ni tampoco un balance entre los beneficios y los riesgos del cribado. A pesar de ello, se trata de una exploración incruenta y la detección es importante porque la afección se trata fácilmente cuando se detecta precozmente, pero es difícil de tratar cuando se hace tardíamente, y a largo plazo puede provocar discapacidad.

Población de riesgo

No hay una definición única establecida en cuanto a los criterios de riesgo. La más aceptada actualmente procede de la American Academy of Pediatrics. Son los siguientes:

- Antecedentes familiares de DEC, incluidos aquellos familiares que han precisado una prótesis de cadera antes de los 40 años.
- Niños y niñas en posición de nalgas a las 34^a semana de la gestación (se produzca o no el cambio a presentación cefálica).
- Sexo femenino.

Los factores de riesgo alto se asocian —con evidencia suficiente— al riesgo de luxación, pero la mayoría de las DEC no tienen factores de riesgo: solo el 10-27 % de los niños con DEC tienen factores de riesgo y sólo el 1-10 % de los niños con factores de riesgo padecen DEC (excluyendo el sexo).

Se recomienda hacer una ecografía de las caderas a las 6 semanas (entre las 4^a y la 8^a semana) ante la presencia de al menos dos marcadores de riesgo alto de padecer DEC.

Otros factores que deben ser considerados son el orden del nacimiento (mayor riesgo en el primer hijo), las situaciones que se asocian a la limitación del espacio intrauterino (*packing*), como el oligohidramnios, o presentar otras anomalías músculo-esqueléticas, como tortícolis congénita.

Exploración física

Maniobra de Ortolani

Pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se aplica con el neonato relajado y en la posición de decúbito supino. Es conveniente explorar una cadera y luego la otra: con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y la cadera del otro lado 90 ° (hasta formar un 4), pinzando el muslo entre el dedo pulgar (sobre la cara interna) y los dedos índice y medio, que se colocan sobre el trocánter mayor (por la cara externa). Suavemente se hace la abducción del muslo con el pulgar a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro y hacia arriba con los otros dedos. La maniobra es positiva cuando se nota que el fémur *entra*; se trata de una sensación propioceptiva, casi palpable (un *cloc* de entrada).

Maniobra de Barlow

Esta maniobra pretende comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en la posición de decúbito supino con las caderas flexionadas y en ligera abducción: manteniendo fija una cadera, se moviliza la otra suavemente en aducción-abducción, intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y hacia afuera, y luego reduciéndola en abducción.

Es importante diferenciar la sensación de luxación o reducción (*cloc*) de los *clics* o ruidos articulares producidos por tendones o ligamentos que hay alrededor de la cadera y de la rodilla. El *clic* debe evitarse porque conduce a errores de interpretación: no sugiere DEC.

La combinación de las maniobras de Ortolani y de Barlow tiene una especificidad alta (98-99 %) para detectar caderas inestables.

Signo de Galeazzi (acortamiento del miembro afecto)

Se colocan las caderas y las rodillas flexionadas a 90 ° con las tibias y los tobillos juntos, con lo que se percibe una longitud diferente de los muslos si hay luxación. Con el niño en la misma posición de la exploración anterior debe apreciarse si una rodilla queda más baja que la otra.

Asimetría de abducción o limitación de abducción

Es el signo principal tras el periodo neonatal, cuando las maniobras de Ortolani y de Barlow se negativizan. Una asimetría franca de abducción es motivo de exploraciones complementarias, así como una limitación de abducción bilateral. Los pacientes con DEC unilateral pueden tener incrementada la rotación interna de la cadera, porque la anteversión femoral está asociada a menudo con la DEC.

Necesidad de pruebas radiológicas

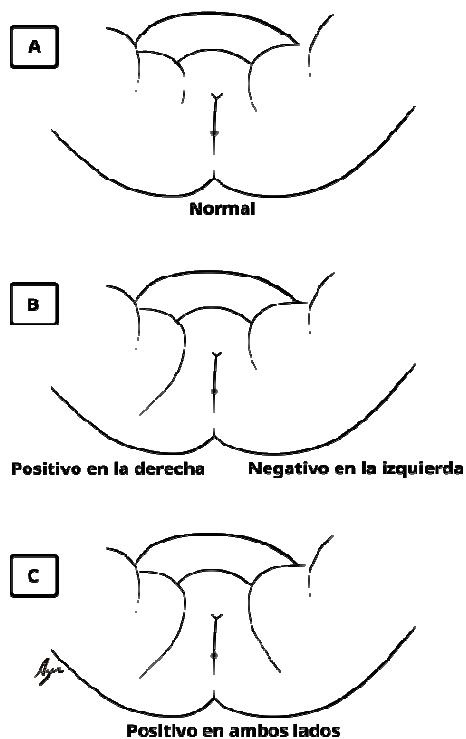
Según la revisión Cochrane 2011, no hay evidencias suficientes de que el examen ecográfico universal dé lugar a un aumento significativo del tratamiento en comparación con el uso del examen ecográfico específico o solamente el examen clínico. En el caso de un recién nacido con caderas inestables o caderas levemente displásicas, un examen ecográfico tardío reduce el tratamiento pero no aumenta la tasa de diagnóstico tardío de DDC ni de cirugía.

En los casos de sospecha después de los 3-6 meses, es preferible hacer una radiografía en la posición anteroposterior y de Von Rosen (abducción y rotación externa de 45 °). Antes de esa edad, dado que la radiografía no visualiza el componente acetabular cartilaginoso, puede inducir a errores.

Recomendaciones

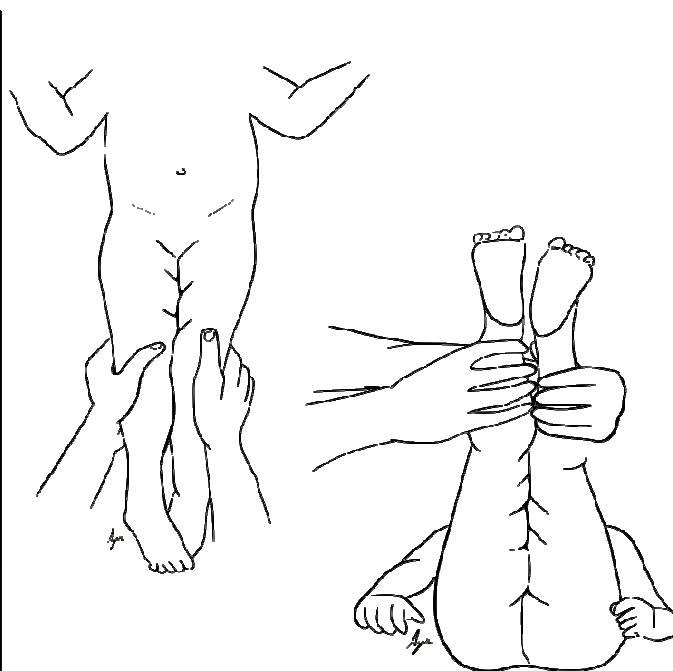
- Haga las maniobras de Ortolani y de Barlow en el periodo neonatal. Tras un período neonatal precoz, no están indicadas dada la menor sensibilidad.
- Busque signos indirectos de DEC en la exploración hasta los 12 meses.
- En cada control de salud del primer año de vida, haga una exploración cuidadosa de las caderas (sobre todo con abducción forzada de muslos y observando las posibles asimetrías), ya que puede detectar signos indirectos de luxación. La abducción forzada de los muslos es imposible a más de 60 ° si hay luxación (normal una abducción de al menos 75 °). Aconsejamos que explore cada lado por separado. En un lactante no mayor de 2-3 meses, una limitación en la abducción menor de 45 ° es un signo muy sugestivo de DEC.
- Asimetría en la longitud de los miembros inferiores: signo de Galeazzi.
- Vigile la asimetría de los pliegues inguinovulvares y ascenso del pliegue poplíteo: la asimetría de los pliegues del muslo es muy frecuente, sobre todo en lactantes con sobrepeso. La asimetría provocada por una luxación de la cadera es debida al acortamiento del muslo porque la cabeza femoral de un lado se encuentra detrás del acetábulo.
- Salvo las maniobras de Ortolani y de Barlow, las exploraciones se basan en la presencia de asimetrías. Por tanto, vigile especialmente para detectar las luxaciones bilaterales, en que muchas de estas maniobras son patológicamente simétricas.

Figura 1. Asimetría de los pliegues inguinovulvares.



- A** Los pliegues inguinales normales no se extienden más allá de la abertura anal.
- B** El pliegue inguinal de la derecha se extiende más allá de la abertura anal, lo que sugiere una posible displasia del desarrollo de la cadera derecha.
- C** Los pliegues inguinales de ambos lados se extienden más allá de la abertura anal, lo que sugiere displasia de desarrollo bilateral de la cadera.

Figura 2. Asimetría de los pliegues del muslo.



La asimetría del muslo o de los pliegues poplíteos es sugestiva de DEC, con la anomalía en el lado donde el pliegue es más proximal. La asimetría de los pliegues del muslo o pliegues poplíteos no es útil en casos de DEC bilateral.

Bibliografía

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 línea]. Actualizado octubre de 2006. Disponible en: <previnfad.aepap.org/monografia/cadera> [Consulta: 1 junio 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 Centro de Salud Santa Ponça

Revisoras

- Mireia Cortada Gracia, pediatra del Centro de Salud Santa Maria
- Esperanza Pascual Reus, enfermera del Centro de Salud Santa María
- Aina Soler Mieras, médica del Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca

Revisor externo

- Gabriel Pizà Vallespir, traumatólogo del Servicio de Traumatología Infantil del Hospital Universitario Son Espases

Ilustraciones

- Alberto Aguilera Carrera, médico de familia del Centro de Salud Es Blanquer (Inca).