

Cribado de displasia evolutiva de la cadera (DEC)

Actividad

- Diagnóstico precoz de la DEC: exploración física.
 - Realizar maniobras de Ortolani y Barlow en el periodo neonatal (anexo 1).
 - Buscar signos directos e indirectos de DEC entre los 2 y 12 meses (anexo 1).
- Si existen 2 factores de riesgo (anexo 2) o alteración en la exploración física, solicitar ecografía o radiografía (anexo 3) según la edad.
- Algoritmo de tratamiento, seguimiento y derivación de la DEC (anexo 4).

Población diana-periodicidad

En todos los exámenes de salud hasta la deambulación establecida.

Definición

- Alteración de la articulación coxofemoral que da lugar a una deformidad en la que la cabeza femoral está totalmente fuera del acetábulo (luxación), parcialmente (subluxación) o bien la cabeza entra y sale del acetábulo (inestabilidad), incluye también una serie de anomalías radiológicas que indican displasia en el desarrollo del acetábulo o de la cabeza femoral. Como algunos de estos hallazgos pueden no estar presentes al nacer, se prefiere el término de displasia de desarrollo o DEC al clásico término de luxación congénita de cadera (LCC).
- Su incidencia es de 2-6/1.000 recién nacidos; es cinco veces más frecuente en mujeres y en un 10-20% de los casos existen antecedentes familiares positivos.

Justificación

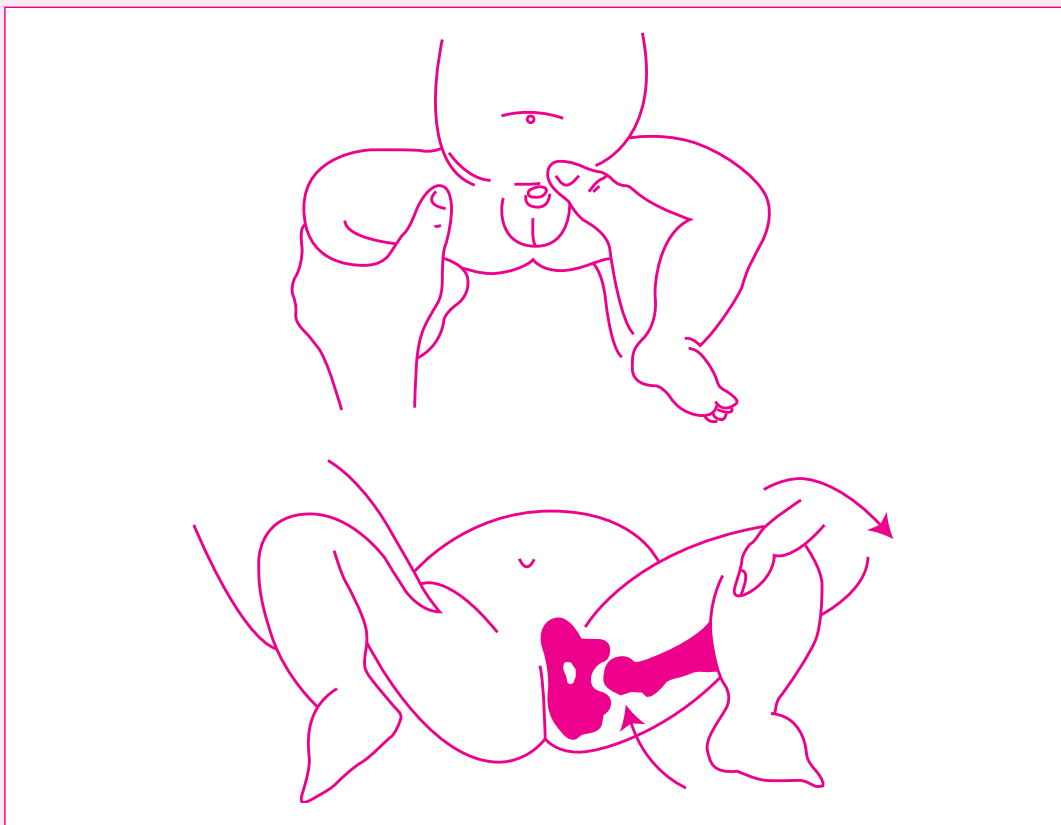
- El 50% de los casos de DEC se diagnostican mediante las maniobras de Ortolani y Barlow en el periodo neonatal precoz, y su aplicación sistemática ha disminuido la incidencia de luxación congénita persistente de la cadera.
- El 35% de casos de DEC son de diagnóstico tardío, lo que obliga a una exploración cuidadosa de la cadera en cada control de salud durante el primer año de vida.

Anexos

Anexo_1: Exploración física en el cribado de DEC

Maniobra de Ortolani: pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se realiza con el neonato en decúbito supino y relajado; conviene explorar una cadera y luego la otra. Con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y 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). De forma suave se realiza la abducción del muslo con el pulgar, a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro-arriba con los otros dedos. La maniobra es positiva cuando "notamos que el fémur entra"; se trata de una sensación propioceptiva o "cloc" de entrada.

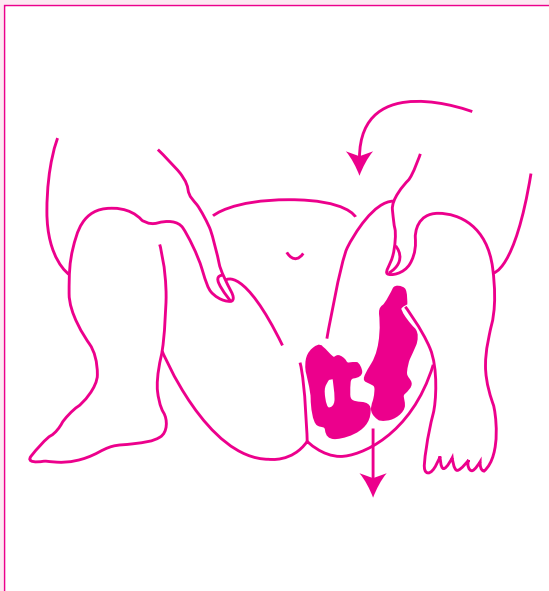
Figura 1. Maniobra de Ortolani



Anexo_1 continuación

Maniobra de Barlow: busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas flexionadas y en ligera abducción; manteniendo fija una cadera, la otra se movilizará suavemente en adducción-abducción, intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y afuera, y luego reduciéndola en abducción.

Figura 2. Maniobra de Barlow



Buscar **signos directos e indirectos de luxación** entre los 2 y 12 meses:

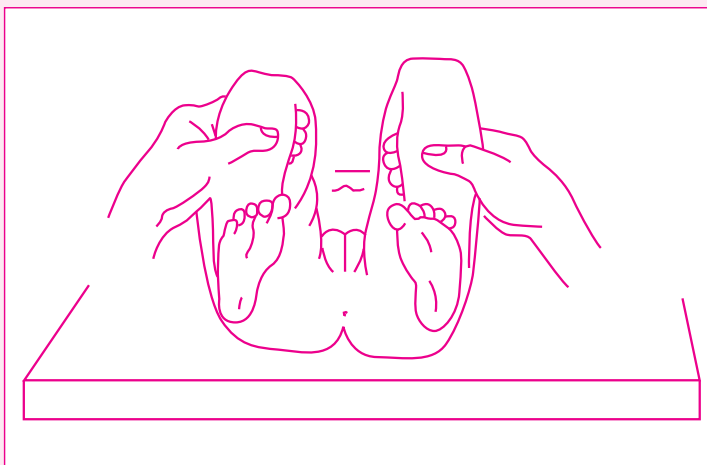
Signos directos:

- Limitación de la abducción, en caso de luxación resultará imposible una abducción mayor de 60° (normal una abducción de al menos 75°). Es el signo más específico.

Signos indirectos:

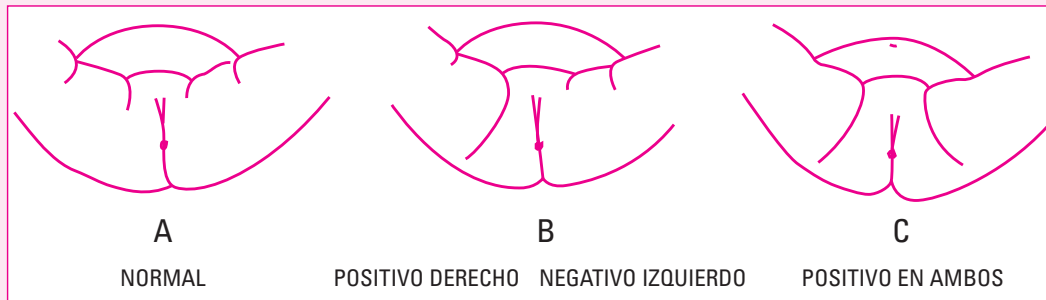
- Asimetría longitud de miembros inferiores, signo de Galeazzi (figura 3).
- Asimetría de pliegues: inguino-vulvares y ascenso del pliegue poplíteo (figura 4).

Figura 3. Signo de Galeazzi (acortamiento miembro afecto)



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

Figura 4. Asimetría de pliegues



- A. Normal: pliegues inguinales que no se extienden más allá de la apertura anal.
- B. Positivo derecho: pliegue inguinal derecho que se extiende más allá de la apertura anal sugiriendo posible displasia de cadera derecha.
- C. Ambos pliegues inguinales se extienden más allá de la apertura anal sugiriendo displasia bilateral de caderas.

Anexo_2: Factores de riesgo de DEC

- Antecedentes familiares de DEC.
- Parto de nalgas.
- Sexo femenino.

Anexo_3: Estudio de imagen: ecografía y radiografía en la DEC

- Se practicará en caso de existir dos factores de riesgo para el desarrollo de DEC o si alguna de las exploraciones físicas resulta positiva.
- La **ecografía** de caderas diagnóstica debe realizarse alrededor de la 6.^a semana de vida (entre la 4.^a y 8.^a semana) y no antes de la 4.^a semana.
- La **radiografía** en A-P de pelvis con 20°-30° de flexión de las caderas es imprescindible para el estudio de la cadera luxada y en el seguimiento de la cadera en tratamiento. Habitualmente se emplea la proyección de Von Rosen: caderas en abducción de 45° y máxima rotación interna. La interpretación radiológica en ambos casos dependerá de la osificación de la cabeza femoral.

Cuando existe núcleo de osificación de la cabeza femoral lo observaremos en el cuadrante inferomedial de los **cuadrantes de Ombredanne** que quedan delimitados por la intersección de la línea de Hilgenreiner y de Perkins.

Línea de Hilgenreiner: une los vértices de ambos cartílagos trirradiados.

Línea de Perkins: es la línea vertical que baja desde el punto más exterior del acetábulo. En la cadera normal debe cortar el extremo proximal del fémur, dejando por lo menos 2/3 de la superficie de la metáfisis por dentro de la línea. Si queda más de 1/3 fuera de la línea, hay evidencia de subluxación.

Línea de Shenton: línea curva imaginaria, la forman la superficie inferior del cuello femoral y el borde inferior de la rama superior del pubis. En la displasia de cadera esta línea está alterada.

Ángulo acetabular (< 30° en el RN, < 20° a los 2 años).

El **índice acetabular** es el ángulo que se forma entre la porción ilíaca del acetábulo y una línea horizontal que pasa por el cartílago trirradiado.

Un aumento en la distancia entre la parte superior del fémur y el acetábulo es indicativo de luxación, cuando la línea que sigue el eje mayor del fémur pasa por el borde externo del acetábulo y se une a nivel lumbosacro, no hay luxación. Si la línea pasa por fuera del acetábulo y la unión a nivel vertebral es superior a la unión lumbosacra, hay luxación.

