

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y tratamiento oportuno de la **DISPLASIA EN EL DESARROLLO DE LA CADERA**

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-091-08**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE 10 XVII° Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Q00-Q99, Q65 Deformidades congénitas de la cadera

GPC

Diagnóstico y tratamiento oportuno de la displasia en el desarrollo de cadera

Definición

La **displasia del desarrollo de la cadera DDC** anteriormente conocida como luxación congénita de la cadera, integra anomalías anatómicas que afectan la articulación coxofemoral del niño(a) incluyendo el borde anormal del acetábulo (displasia) y mala posición de la cabeza femoral, causando desde subluxación hasta una luxación, afectando el desarrollo de la cadera durante los periodos embriológico, fetal o infantil.

Detección de DDC

Se realiza por medio del tamiz sistemático, el cual permite la detección oportuna de la DDC.

Tamiz sistemático

Constituye la investigación de factores de riesgo y la exploración física dirigida a las caderas durante los cuidados y atención del recién nacido así como, en la consulta de control del niño sano

Revisión

Se recomienda evaluar sistemáticamente las caderas para detectar signos de DDC en todos los recién nacidos en la primera semana de vida y posteriormente, a los dos, cuatro, seis, nueve y 12 meses de edad

Examen clínico

Los datos clínicos que se recomiendan investigar en el niño, dependen de la edad y son los siguientes:

- **Recién nacido:** signos de Barlow y Ortolani
- **De dos a tres meses:** signos de Barlow y Ortolani, asimetría de los pliegues de la piel de las extremidades inferiores y "chasquidos"
- **De tres a seis meses:** signos de Barlow y Ortolani, limitación de la abducción de la cadera, asimetría de pliegues de la cara interna de los muslos y glúteos, signo de Galeazzi y acortamiento de la extremidad afectada (Nota: si es bilateral no existen signos)

Factores de riesgo

Asociados a DDC:

- Antecedentes familiares de primer grado con DDC
- Nacimiento en presentación pélvica
- Pie equino varo aducto congénito idiopático
- Extender y aducir las extremidades inferiores del recién nacido al arroparlo o envolverlo de manera apretada

Potencializadores: aislados o coexistentes

Son factores que en forma aislada, se descartan como factor de riesgo. No obstante, si se encuentra en coexistencia con alguno de los factores de riesgo, lo potencializan. No justifican la realización de estudios de gabinete para el diagnóstico

- Prematurez
- Oligohidramnios

Pruebas diagnósticas

Estudios de imagen

Para corroborar el diagnóstico de DDC, se recomienda los siguientes estudios:

Estudios radiográficos:

- **A partir de los dos meses de edad** (mayor utilidad)
 - Usar proyecciones radiográficas en: posición neutra (AP de Power) y en la proyección de rana
 - Evaluar posición de la cabeza acetabular en relación a las líneas de Shenton, Hilgenreiner y Perkins, incluyendo medición del ángulo acetabular
 - **Centraje concéntrico**

Evaluación ultrasonográfica:

- En niños menores de cuatro meses de edad, con:
 - Factores de riesgo para DDC
 - Signos clínicos de DDC, o
 - Duda diagnóstica de DDC
- En niños mayores de cuatro meses de edad, con:
 - Sospecha clínica para DDC
 - Limitaciones en la abducción o marcha anormal (Ya es posible observar datos en los estudios radiológicos)

Vigilancia y seguimiento

En el primer nivel de atención:

- Vigilancia y seguimiento del paciente mediante el examen clínico dirigido y seriado en busca de datos clínicos de DDC durante el primer mes y a los dos, cuatro, seis, nueve y 12 meses de edad. Todos los hallazgos deben consignarse en la historia clínica
- En el diagnóstico tardío de la DDC vigilar en forma periódica, hasta los 18 meses: el inicio de la marcha y reportar alteraciones en la misma en la historia clínica y al servicio de ortopedia

Criterios de referencia

A segundo nivel

Refiere al servicio de ortopedia pediátrica del segundo nivel de atención a todos los niños con factores de riesgo para DDC, con sospecha o diagnóstico de DDC a la brevedad posible.

A tercer nivel

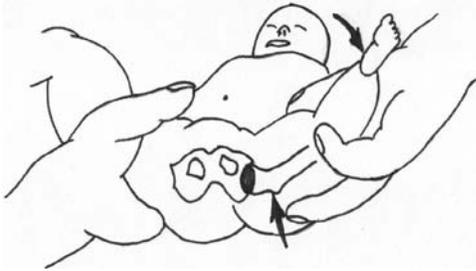
Niños(as) de seis a 24 meses de edad para tratamiento quirúrgico.

Niños con complicaciones posteriores al tratamiento no quirúrgico, necrosis avascular

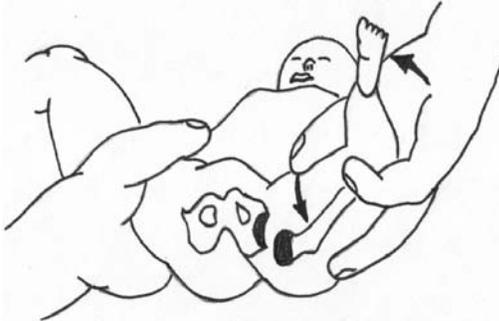
Conclusiones

- La detección oportuna de la DDC se realiza por medio del tamiz sistemático que consiste en la investigación de factores de riesgo, la exploración física dirigida a las caderas y estudio radiológico a los tres meses de edad durante los cuidados y atención del recién nacido tanto como en la consulta de control del niño sano
- El hábito de envolver al recién nacido de manera apretada con las extremidades inferiores en extensión y aducción debe evitarse en todos los recién nacidos
- El médico del primer nivel únicamente detectará los casos de DDC y los enviará al servicio de ortopedia pediátrica

Examen clínico



Maniobra de Ortolani.- pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole las caderas y rodillas a 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el segundo y tercer dedo que apretarán el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2° y 3° presionando el trocánter hacia dentro, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce oiremos un clic fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga.



Maniobra de Barlow busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45°: mientras una cadera fija la pelvis, la otra se movilizará suavemente en adducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular, intentando luxarla al adducir, empujando con el pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis, y luego reduciéndola en abducción.



Signo de Galeazzi positivo con un aparente acortamiento del fémur en una niña con displasia del desarrollo de la cadera izquierda. La actitud asimétrica de los miembros (explorada en decúbito supino), o el acortamiento de un muslo (se exploran mejor en flexión). El signo puede ser negativo si existe luxación bilateral.



Signo de Pistón, en decúbito dorsal se sujeta y aplica tracción al miembro pélvico explorado, éste se desplazara y al soltarlo vuelve a la posición previa a la maniobra. Útil en lactantes.

Evaluación radiológica

En el siguiente esquema se muestran las líneas radiológicas para el diagnóstico de displasia del desarrollo de la cadera. Línea de Perkins que pasa por el borde más lateral del acetábulo y línea de Hilgenreiner que une a los cartílagos trirradiados,

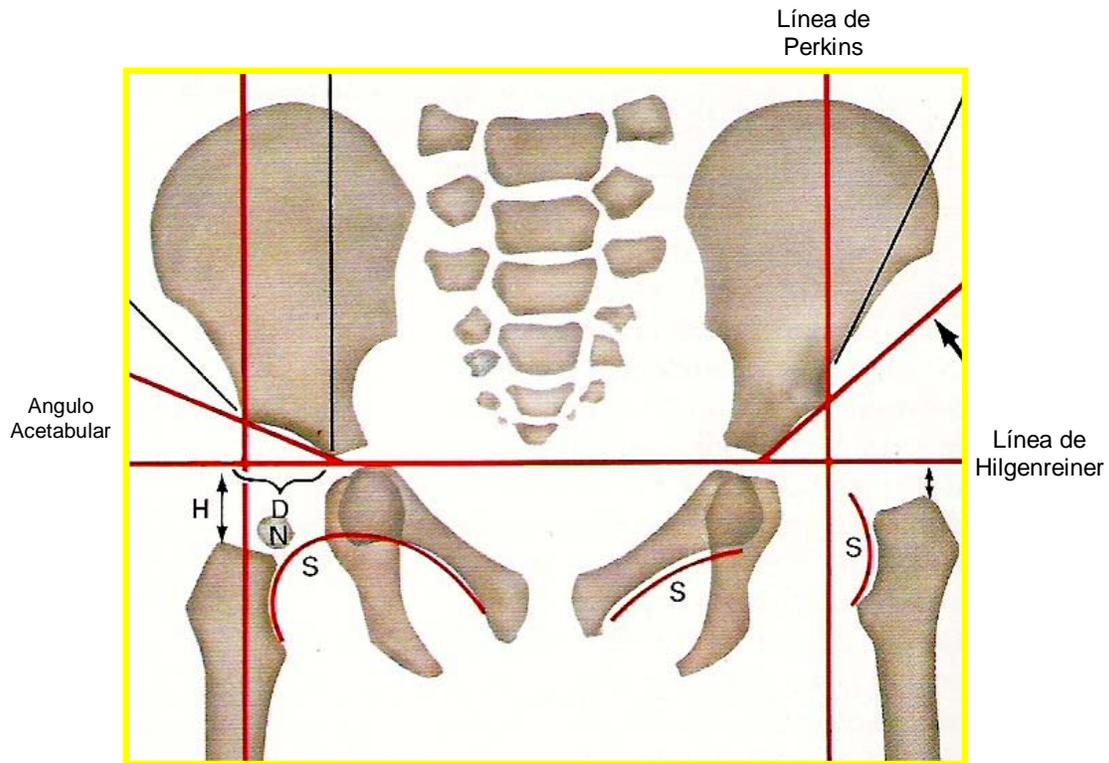
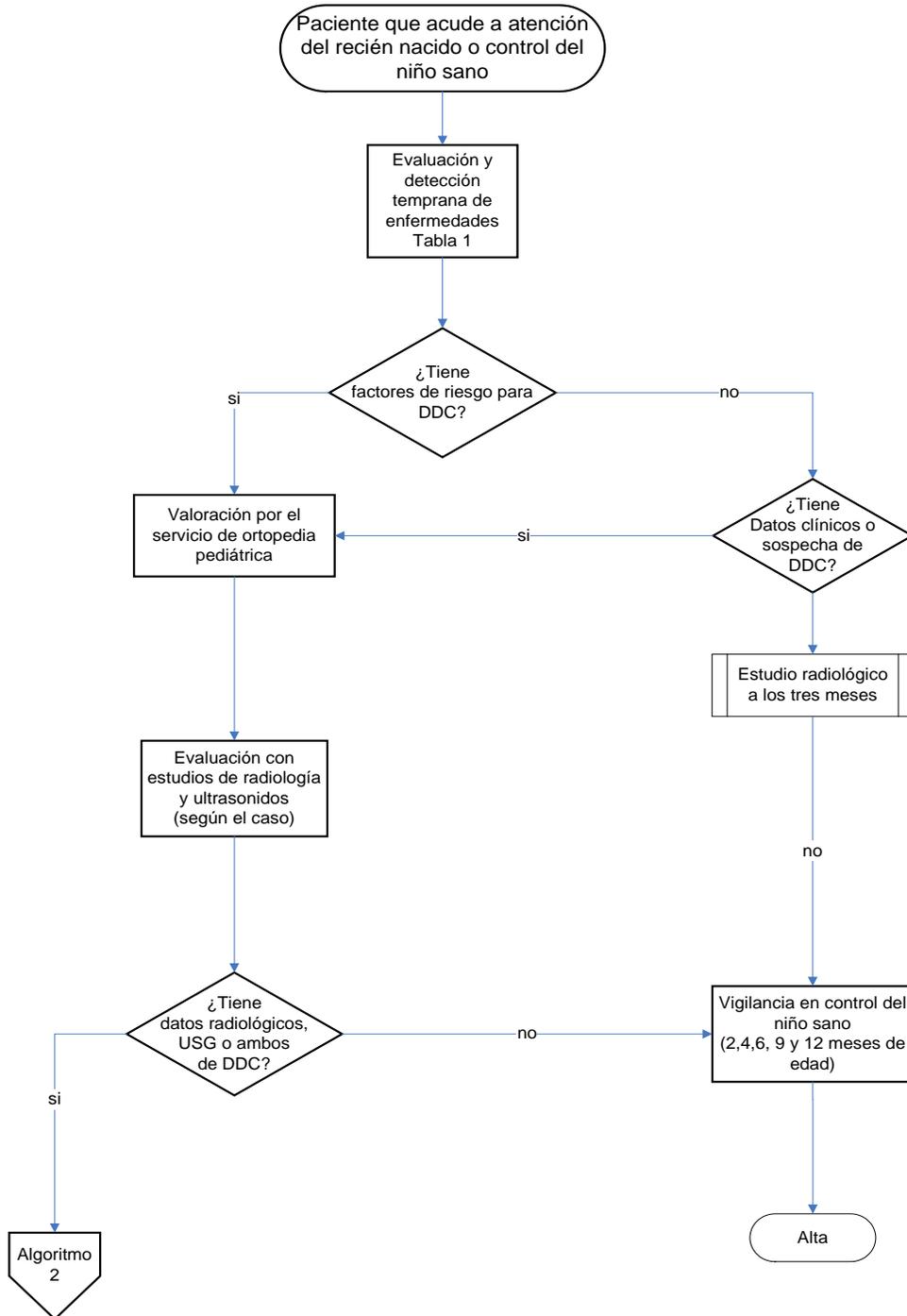
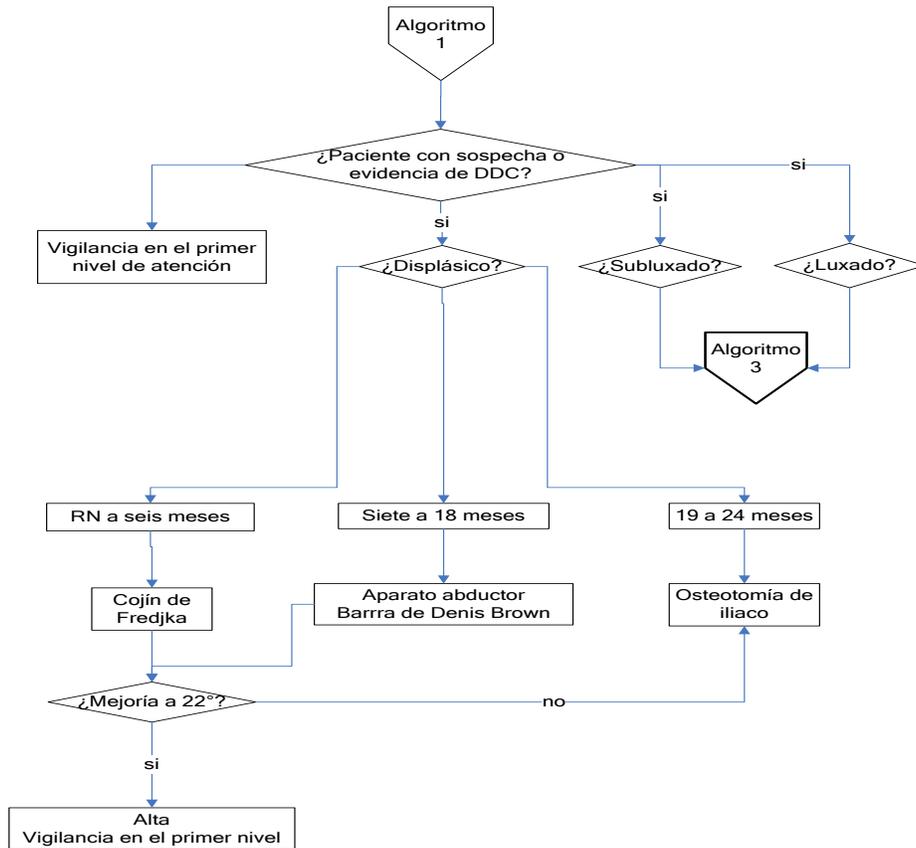


TABLA 1
Diagnostico de displasia del desarrollo de la cadera
BUSCAR
Maniobras de Ortolani y Barlow
Limitación en la abducción
Asimetría de pliegues de muslos y glúteos
Signos de Galeazzi, Pistón, Trendelemburg y Lloyd
Acortamiento de extremidades
Marcha Duchene

Algoritmo 1 Diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera en el primer nivel de atención médica



Algoritmo 2 Tratamiento de displasia del desarrollo de la cadera en el segundo y/o tercer niveles de atención



Algoritmo 3 Tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera en el tercer nivel de atención

