

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2495>

Actualización en el manejo de la displasia congénita de cadera: Artículo de revisión

Update on the management of congenital hip dysplasia: Review article

Jorge Mauricio Panchi Monteros

panchi_jorge@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-1336-521X>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Andrea Carolina Panchi Vergara

carolina.panchi@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7601-5076>
Universidad de las Américas
Quito – Ecuador

Jhonatan Paul Aguilera Castro

jhonatanaguilera7@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9805-6341>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

María Elena Peñafiel Guanoluisa

maryesantpg@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0780-6798>
Universidad Católica del Ecuador
Quito – Ecuador

Cesar Daniel Vanegas Ortiz

mdcesarvanegas@gmail.com
<https://orcid.org/0000-9815-6350>
Universidad de Cuenca
Cuenca – Ecuador

Grover Ronaldo Pino Cantos

ronaldopino1999@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1310-2068>
Universidad Nacional de Chimborazo
Cuenca – Ecuador

Joao Mauricio Bustamante Celi

joao_bs69@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-2665-7084>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Artículo recibido: 31 de julio de 2024. Aceptado para publicación: 12 de agosto de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La displasia congénita de cadera (DCC) es una afección en la cual la articulación de la cadera de un recién nacido no se desarrolla adecuadamente, generando inestabilidad o dislocación de la cabeza femoral fuera del acetábulo. El objetivo principal está enfocado en promover un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, esto permitirá un buen desarrollo de las caderas, con un pronóstico

favorable. En enero a junio del 2024 se realizó una revisión sobre las investigaciones recientes respecto al manejo de la displasia congénita de cadera, la búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, ELSEVIER y Google Académico de los últimos 5 años, se incluyeron 27 estudios publicados entre 2019 y 2024 que cumplían con los criterios de inclusión, y se recopiló la información más importante para los diferentes manejos de la displasia congénita de cadera. La displasia de cadera es una afección que puede ser tratada con éxito si se diagnostica a tiempo y se sigue un plan de tratamiento adecuado. Los protocolos de cribado son útiles para detectar la displasia de cadera de manera oportuna, sin embargo, el examen clínico es muy importante para diagnosticar aquellos casos sin factores de riesgo.

Palabras clave: displasia congénita de cadera, tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, impacto psicológico

Abstract

Congenital hip dysplasia (CHD) is a condition in which a newborn's hip joint does not develop properly, causing instability or dislocation of the femoral head outside the acetabulum. The main objective is focused on promoting early diagnosis and adequate treatment, this will allow good development of the hips, with a favorable prognosis. From January to June 2024, a review was carried out on recent research regarding the management of congenital hip dysplasia. The search was carried out in the PubMed, ELSEVIER and Google Scholar databases of the last 5 years, 27 studies were included. published between 2019 and 2024 that met the inclusion criteria, and the most important information for the different management of congenital hip dysplasia was collected. Hip dysplasia is a condition that can be successfully treated if diagnosed early and a proper treatment plan is followed. Screening protocols are useful to detect hip dysplasia in a timely manner, however, clinical examination is very important to diagnose those cases without risk factors.

Keywords: congenital hip dysplasia, surgical and non-surgical treatments, psychological impact

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Panchi Monteros, J. M., Panchi Vergara, A. C., Aguilera Castro, J. P., Peñafiel Guanoluiza, M. E., Vanegas Ortiz, C. D., Pino Cantos, G. R., & Bustamante Celi, J. M. (2024). Actualización en el manejo de la displasia congénita de cadera: Artículo de revisión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (4), 3260 – 3308. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2495>

INTRODUCCIÓN

La displasia congénita de cadera (DCC) es un defecto del desarrollo, morfológico y funcional relativamente frecuente de un conjunto especializado de huesos y tejidos blandos que componen la articulación de la cadera, imprescindibles para la realización de una serie de funciones fundamentales como soporte, locomoción y relación. Además, acarrea una serie de alteraciones secundarias a la falta de armonía mecánico-postural producida, entre las que merecen especial mención, por su frecuencia e importancia, las de tipo osteoarticular, la cual limita la caminata, produce dolor crónico y muchas de las veces limitantes de por vida. Por lo tanto, es crucial detectar y tratar esta condición de manera temprana para minimizar sus efectos a largo plazo.

La DCC se relaciona con múltiples factores oligogénicos, influencias ambientales y lesionales ante y post parto. Los defectos surgen en las primeras etapas del desarrollo del esqueleto feto-neonato si no se dan las condiciones (plasticidad) para su normalización.

Se discute la plasticidad en los aspectos morfológicos (resiliencia ósea y articular a mala posición intraútero y extrauterina), alimentario y funcional.

La predisposición es mayor en el sexo femenino (en países anglosajones) debido a varias cuestiones: organización coxogenital, mayor desproporción relativa entre hueso y tejidos blandos de la cintura pelviana, mayor diferenciación precoz estructural (y terminal funcional) y los primeros movimientos funcional motores fetales son más violentos y amplios en el feto varón.

Para prevenir y tratar la displasia congénita de cadera, se pueden utilizar diferentes enfoques dependiendo de la gravedad del caso. Estos pueden incluir el uso de dispositivos ortopédicos, como arneses y férulas, para ayudar a mantener la posición correcta de la cadera y favorecer su desarrollo adecuado. En casos más graves, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para corregir la malformación y restaurar la función de la articulación de la cadera.

Es importante destacar que la DCC es una condición tratable y que, con el tratamiento adecuado, muchos individuos afectados pueden llevar una vida normal y activa. Sin embargo, es fundamental contar con un diagnóstico oportuno y recibir un tratamiento adecuado para evitar complicaciones y maximizar el potencial de cada persona. Además, es importante concienciar a la comunidad médica y a la sociedad en general sobre la importancia de la detección temprana de esta condición y el acceso a opciones de tratamiento efectivas.

METODOLOGÍA

En enero a junio del 2024 realizamos una revisión sobre las investigaciones recientes respecto al manejo de la displasia congénita de cadera, la búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, ELSEVIER y Google Académico de los últimos 5 años, en su mayoría trabajos a partir del año 2020. Se identificaron inicialmente 43 estudios de importancia relacionados con el manejo de la displasia de cadera, de los cuales se incluyeron 27 estudios publicados entre 2019 y 2024 que cumplieran con los criterios de inclusión, básicamente que sean basados en tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, factores de riesgo e impacto psicológico en pacientes, familiares y cuidadores. Se excluyeron los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores y se recopiló la información más importante para los diferentes manejos de la displasia congénita de cadera.

DESARROLLO

Displasia congénita de cadera (DCC)

La DCC es un grupo de anomalías morfo-anatómicas relativamente frecuentes, de etiología diversa y que afecta a la cadera desde el nacimiento causando inestabilidad de la misma. Es considerado un importante problema de salud pública. En Estados Unidos, por ejemplo, la displasia de cadera es la anomalía más común, con una prevalencia entre el 1 y el 9% de los recién nacidos, siendo curables si se diagnostican y corrigen de forma temprana. La incidencia varía entre 1 a 10 casos por cada 1000 nacidos vivos.

La DCC engloba patologías diferentes que van desde inestabilidad, luxación o subluxación hasta anomalías que solo se detectan radiográficamente. También se puede clasificar en displasia de cadera teratológica, la cual está asociada a una enfermedad de base y que se manifiesta prenatalmente, y displasia típica, que puede ser congénita o tener inicio durante la infancia en pacientes sin enfermedad de base. Dentro de todo, se origina en lactantes por lo demás sanos, entre otras consideraciones, se puede mencionar que la inestabilidad de la cadera unilateral puede originar escoliosis secundaria durante el crecimiento, mientras que en el adulto la inestabilidad por una subluxación coxofemoral, manifestada mediante artrosis sintomática.

La DCC puede presentarse de manera asimétrica, lo que dificulta aún más su detección y tratamiento. Por suerte, existen diversas técnicas y terapias que pueden ser aplicadas con el fin de corregir y mejorar esta condición. Es fundamental que los padres y los profesionales de la salud estén informados y atentos a los signos y síntomas tempranos de la displasia de cadera, para poder actuar de manera rápida y efectiva. Con el debido cuidado y atención, los pacientes pueden llevar una vida plena y activa, sin restricciones causadas por esta condición.

Excluyendo los cierres tardíos de las físis proximales, se considera la displasia como un desarrollo fetal anómalo, lo que condiciona un cierre progresivo de cualquiera de los tres núcleos de crecimiento acetabular, desencadenándose su descompensación física, tornándose incompetente y permitiendo la luxación o subluxación femoral. Frecuentemente se asociará con una conformación anatómica anómala del fémur o pelvis (coxartrosis, anteversión femoral aumentada, etc.). Existe la posibilidad de que la cadera se corrija por sí sola en muchos casos, sin embargo, por lo que es importante no sobretratarlos, pero es fundamental seguirlos observando muy de cerca y dar un tratamiento adecuado para garantizar la recuperación completa, ya que el 90% de pacientes que no recibieron un tratamiento adecuado desarrollan una enfermedad articular de moderada a grave en la edad adulta, que en la mayoría de casos ameritan reemplazos de cadera a edades tempranas.

Etiología y factores de riesgo

Existen muchos factores genéticos, hormonales, mecánicos, hereditarios y ambientales que han sido identificados como posibles causantes de DCC. Otros factores de riesgo incluyen el sexo femenino (8 veces más frecuente), la presentación de nalgas y los antecedentes familiares de DCC, esta última, estima un aumento del riesgo del 6% en caso de que un hijo previo haya tenido displasia, 12% en caso de que un padre haya tenido displasia y hasta el 36% en caso de que tanto un padre como un hermano tengan antecedentes de displasia de cadera. Cuando están presentes 2 o más factores de riesgo se recomienda una ecografía entre las 4 a 8 semanas de nacido.

Esta condición, en general, es multifactorial y puede ser el resultado de una combinación de varios de estos factores, los cuales están asociados de tal forma que el ligamento transversal de la cadera o fovea no puede mantener la cabeza del fémur en el acetábulo de manera adecuada. La posición del feto durante el desarrollo y el parto (de nalgas), ya que el feto que se encuentra atravesado en la pelvis

materna o que viene con las manos a nivel pélvico (manos en faja) puede tener mayor predisposición a desarrollar displasia de cadera debido a la compresión y falta de movimiento necesario en la articulación de la cadera, esto se ve con mayor asociación en caso de oligohidramnios o embarazo múltiple. Además, se ha descubierto que la flexión excesiva del feto también puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de esta condición. El conocimiento de estos factores puede ser valioso para el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de la displasia de cadera.

De todos los factores de riesgo nombrados, solo se presentan en el 10 al 27% de los pacientes con DCC, por lo que la exploración física es fundamental. No hay rasgos patognomónicos que sean evidentes en el examen físico, pero pueden surgir diferentes signos de un mes a otro. En el recién nacido se recomienda realizar la prueba de Ortolani y la maniobra de Barlow. El desarrollo de pliegues glúteos asimétricos o una desigualdad en la longitud de las extremidades son signos sugestivos de una posible displasia. La abducción limitada de la cadera o el signo de Galeazzi ayudan a realizar el diagnóstico en los siguientes meses.

La cadera mal posicionada puede ser un desafío para los pacientes, especialmente cuando se asocia con espasmos musculares y problemas en el hueso subyacente. En este contexto, los aductores, abductores iliotibiales y rotadores externos pueden causar molestias y volverse incómodos debido a la irritación sinovial y la erosión del hueso. Además, la cabeza del fémur puede no estar correctamente asentada sobre el acetábulo, lo que resulta en una inestabilidad que dificulta la flexión de la cadera. Es importante destacar que los lactantes con subluxación o dislocación de la cadera no suelen llorar más de lo esperado, a menos que estén en posiciones que empeoren el problema, como la abducción del muslo con rotación externa y flexión mínima.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Los signos clínicos se relacionan directamente con el grado de estabilidad/inestabilidad de la articulación. En las primeras semanas de vida, el diagnóstico se verá condicionado por la limitación de los movimientos de abducción de la cadera en flexión y de abducción de la cadera en extensión. Esto significa que la extremidad inferior adoptará unos movimientos específicos conocidos como maniobra de Galeazzi. A medida que la cadera se subluxa, estos signos ya no podrán visualizarse. Sin embargo, coincidirá con el período de las primeras interacciones de la maniobra de Ortolani, en el cual la cadera se reducirá por sí misma. En casos de caderas inestables con Ortolani negativo, la exploración se dificultará o será imposible. Por lo tanto, una de las maniobras importantes a realizar es la maniobra de Barlow, la cual no solo busca confirmar la inestabilidad de la cadera, sino que también añade signos clínicos sugestivos.

Maniobra de Ortolani

Es una técnica clínica utilizada para detectar la DCC en recién nacidos y lactantes, es fundamental en el examen físico. Se realiza con el bebé en decúbito supino, las rodillas flexionadas a 90 grados y las caderas en flexión. El examinador sostiene las rodillas del bebé con los pulgares en la cara interna de los muslos y los otros dedos en la cara externa de los muslos y la cadera, se abduce lentamente las caderas mientras aplica una presión suave hacia arriba en la parte externa del muslo, dirigiendo la cabeza femoral hacia el acetábulo. El resultado es positivo si hay una dislocación, que se escucha como un "clic" o "clunk" palpable y audible. La maniobra de Ortolani es crucial para la detección temprana de la DCC. Si la maniobra es positiva, se deben realizar estudios de imagen, como ultrasonido o radiografías.

Maniobra de Barlow

Se la utiliza junto con la maniobra de Ortolani para detectar la DCC en recién nacidos y lactantes. Mientras que la maniobra de Ortolani se utiliza para reducir una cadera dislocada, la maniobra de Barlow se emplea para provocar una dislocación de la cadera inestable, evaluando así la laxitud de la articulación. Se la realiza colocando en decúbito supino al bebé, las rodillas flexionadas y las caderas en una posición neutral o ligeramente flexionadas. El examinador sostiene la cadera del bebé con una mano, colocando el pulgar en la cara interna del muslo y los otros dedos en la cara externa del muslo y la cadera, aduciendo suavemente la cadera mientras aplica una presión hacia abajo y hacia atrás en la rodilla, tratando de desplazar la cabeza femoral fuera del acetábulo. Es positivo si se siente un "clunk" o "clic" cuando la cabeza femoral se desplaza fuera del acetábulo, indicando que la cadera es inestable y puede ser dislocada con facilidad.

Maniobra de Galeazzi

También conocida como la prueba de Allis, es una técnica clínica utilizada para detectar diferencias en la longitud de las extremidades inferiores y posibles dislocaciones de cadera en lactantes y niños pequeños. Para realizarla se coloca al bebé en decúbito supino, las caderas y rodillas flexionadas a 90 grados, de manera que las plantas de los pies queden planas sobre la superficie de la mesa de examen, permitiendo que las rodillas del bebé se alineen para comparar las alturas de las rodillas. Si una rodilla está notablemente más baja que la otra, es indicativo de una posible dislocación de cadera en el lado correspondiente, ya que la cabeza femoral no está correctamente posicionada en el acetábulo. La maniobra de Galeazzi complementa otras pruebas, como las maniobras de Ortolani y Barlow, proporcionando una evaluación más completa de la estabilidad y alineación de la cadera.

Como medida preventiva, en caso de duda sobre la condición de la cadera, se solicitará una radiografía de caderas en posición anteroposterior (AP). La instauración de un programa sistemático de cribado no sólo aumenta la tasa de éxito del tratamiento, sino que disminuye los costos, por lo que se recomienda ampliamente. La palpación cuidadosa y detallada es la clave fundamental a la hora de valorar la estabilidad de la cadera. Además de las maniobras de Ortolani y Barlow, es necesario descartar la presencia de signos de irritabilidad en el muslo, lo cual puede ser un indicador adicional de problemas en la articulación.

El estándar de oro para el diagnóstico es la ecografía de cadera en los primeros meses de vida, un examen rápido, no invasivo y que no tiene irradiación. Por lo cual en algunos países lo ocupan como examen rutinario en todos los recién nacidos. Lo negativo es que existe una variabilidad interobservador, por lo que debe ser realizado por un ecografista con experiencia. La bibliografía no es clara, ya que algunos autores recomiendan el cribado universal, otros el cribado más selectivo, es decir, en pacientes con factores de riesgo o manifestaciones clínicas. Aproximadamente un 90% de los lactantes que presentan inestabilidad de cadera al nacer tienen buenos resultados en las 8 primeras semanas y hasta el 96% de los hallazgos ecográficos anormales se resuelven espontáneamente en el primer mes y medio. Por lo descrito la ecografía temprana puede detectar casos de manera precoz, sin embargo, aumenta el riesgo de falsos positivos, incrementando tratamientos innecesarios o pruebas innecesarias.

Clasificación

La clasificación de esta condición se basa en varios criterios, incluyendo la edad de presentación, la gravedad de la displasia y los hallazgos radiográficos. La clasificación según la gravedad o sistema de Graf es una clasificación ecográfica que evalúa la morfología del acetábulo en lactantes. La clasificación Internacional de Displasia de Cadera (ICHD) está basada en el grado de displasia y la congruencia articular. La clasificación de Tonnis evalúa la displasia de cadera en función de los

hallazgos radiográficos. Cada uno de estas clasificaciones se detallan en la tabla 1. La clasificación de las DCC es crucial para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los sistemas de clasificación de Graf y Tönnis permiten una evaluación precisa de la gravedad y la extensión de la displasia, guiando las intervenciones terapéuticas adecuadas para optimizar los resultados clínicos y funcionales.

Tabla 1

Clasificación de la displasia congénita de cadera

Clasificación		Características
Según la edad de Presentación	Displasia preluxante (Displasia acetabular):	Presenta un acetábulo anormalmente poco profundo. La cabeza femoral permanece en su lugar, pero puede haber inestabilidad.
	Luxación subluxada	La cabeza femoral está parcialmente desplazada fuera del acetábulo. La articulación es inestable y puede desplazarse con maniobras físicas.
	Luxación completa	La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo. La dislocación puede ser parcial (cabeza femoral aún en contacto con el acetábulo) o total (cabeza femoral fuera de contacto con el acetábulo).
Según la gravedad o sistema de Graf	Tipo I (Normal)	Tipo IA: Ángulo alfa $> 60^\circ$ y ángulo beta $< 55^\circ$. Tipo IB: Ángulo alfa $> 60^\circ$ y ángulo beta $\geq 55^\circ$.
	Tipo II (Displasia Leve)	Tipo IIA: Ángulo alfa $50-59^\circ$ en recién nacidos menores de 3 meses. Tipo IIB: Ángulo alfa $50-59^\circ$ en lactantes mayores de 3 meses. Tipo IIC: Ángulo alfa $43-49^\circ$, riesgo de subluxación.
	Tipo III (Subluxación)	Tipo IIIA: Ángulo alfa $< 43^\circ$, ángulo beta $> 77^\circ$, pero con cobertura parcial de la cabeza femoral. Tipo IIIB: Ángulo alfa $< 43^\circ$, ángulo beta $> 77^\circ$, con pérdida de la cobertura femoral.
	Tipo IV (Luxación)	La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo. Ángulo alfa y beta no son evaluables debido a la luxación completa.
clasificación Internacional de Displasia de Cadera (ICHD)	Displasia Leve (Tipo I)	Displasia acetabular sin subluxación. Ángulo de cobertura acetabular (Índice de Wiberg) $> 20^\circ$.
	Displasia Moderada (Tipo II)	Displasia acetabular con subluxación. Índice de Wiberg entre 15° y 20° .
	Displasia Severa (Tipo III)	Subluxación grave con inestabilidad. Índice de Wiberg $< 15^\circ$.
	Luxación (Tipo IV)	Luxación completa de la cabeza femoral. Sin contacto entre el acetábulo y la cabeza femoral.
Clasificación de Tönnis	Grado 0	Cadera normal sin signos de displasia.
	Grado I	Ángulo acetabular aumentado ($30^\circ-40^\circ$). Cobertura femoral reducida, pero sin subluxación.
	Grado II	Ángulo acetabular $> 40^\circ$. Subluxación de la cabeza femoral.
	Grado III	Luxación completa de la cadera.
Esta tabla detalla cada una de las clasificaciones de la displasia de cadera.		

Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico

Existen diversas opciones de tratamiento que se centran en la reducción y retención de las caderas inestables con el fin de promover la formación adecuada del acetábulo. Cada método tiene sus propias ventajas y consideraciones, por lo que es importante evaluar cuidadosamente cada caso y determinar la mejor estrategia para cada paciente. La colaboración entre el equipo médico y el paciente es fundamental para lograr resultados satisfactorios y garantizar una rehabilitación exitosa. El tratamiento no quirúrgico de la DCC se enfoca en la corrección de la posición de la cadera y el desarrollo adecuado del acetábulo y la cabeza femoral, especialmente en los lactantes y niños pequeños. Este enfoque incluye el uso de dispositivos de inmovilización y técnicas de manipulación que promuevan una reducción estable de la cadera.

Arnés de Pavlik

El uso extendido del arnés de Pavlik se ha consolidado tanto en niños con displasia de cadera como en niños con cadera inestable. Su amplio uso se ha mantenido constante durante más de 70 años y su relevancia continúa en alza, este es un dispositivo de abducción que mantiene las caderas en flexión y abducción, permitiendo movimiento libre mientras estabiliza la cabeza femoral en el acetábulo. Está indicado en el tratamiento de primera línea para los lactantes menores de 6 meses con DCC, con una tasa de éxito alta, especialmente cuando se inicia el tratamiento temprano. Este arnés debe ser usado de manera continua durante varias semanas o meses, dependiendo de la respuesta al tratamiento (4,8).

Arnés de Von Rosen

Es un dispositivo ortopédico utilizado en lactantes menores de 6 meses con displasia leve a moderada, es similar al arnés de Pavlik, cuyo objetivo principal es mantener las caderas en una posición de abducción y flexión, favoreciendo el desarrollo adecuado del acetábulo y la cabeza femoral.

Férulas de Abducción

Estas férulas, como por ejemplo la férula de Frejka es utilizado para mantener las caderas en una posición de abducción. Por lo cual la indicación es guiada en casos en los que el arnés de Pavlik no es efectivo o adecuado, o como continuación del tratamiento después del uso del arnés de Pavlik.

Férula de Aros

También conocida como férula de Dennis Browne, es un dispositivo ortopédico utilizado en el tratamiento de la DCC y otras deformidades ortopédicas en lactantes y niños pequeños. Su diseño permite mantener las caderas en una posición adecuada para promover el desarrollo normal del acetábulo y la cabeza femoral. Sus indicaciones incluyen: DCC para mantener las caderas en abducción y promover el desarrollo adecuado del acetábulo, manejo del pie equinovaro (pie zambo) como parte del tratamiento postoperatorio o tras la manipulación y yeso correctivo o en casos donde dispositivos como el arnés de Pavlik no han sido efectivos o adecuados.

Cojín de Abducción

Es un dispositivo acolchado y triangular que se coloca entre las piernas del niño y es una alternativa que también mantiene las caderas en una posición de abducción. Se utiliza en algunos casos de displasia leve y como mantenimiento después de otros tratamientos. Su función principal es mantener las caderas en una posición adecuada que favorezca el desarrollo normal del acetábulo y la cabeza femoral.

Manejo por tracción cutánea o esquelética

Está indicada en niños mayores de 6 meses o en aquellos con dislocación más severa o cuando los métodos no quirúrgicos iniciales no han tenido éxito. La tracción ayuda a alinear gradualmente la cabeza femoral con el acetábulo, facilitando una reducción cerrada más efectiva y segura.

Reducción Cerrada

En la reducción cerrada, la cadera se manipula para volver a su posición normal sin realizar una incisión quirúrgica. Este procedimiento suele ir seguido de la colocación de una férula o yeso. Generalmente se realiza en lactantes y niños menores de 2 años debido a la mayor flexibilidad y potencial de remodelación de sus articulaciones. Está indicada en casos de subluxación o luxación completa cuando los métodos de inmovilización no han sido efectivos.

El cirujano ortopédico manipula suavemente la cadera para colocar la cabeza femoral en el acetábulo (reducción manual), se confirma la correcta colocación de la cabeza femoral mediante fluoroscopia o radiografía intraoperatoria. Posteriormente se realiza la inmovilización post-reducción mediante la confección de un yeso en espica pélvica para mantener la cadera en la posición correcta durante la cicatrización. Este yeso va estar colocado alrededor de 6 a 12 semanas, con cambios periódicos para ajustar el crecimiento del niño y verificar la estabilidad de la reducción. El seguimiento se lo hace mediante ultrasonido y radiografías periódicas, esto es esencial para evaluar la posición de la cadera y el desarrollo del acetábulo.

Impacto psicológico en pacientes con DCC

La DCC no solo tiene implicaciones físicas significativas sino también un impacto psicológico considerable tanto en los pacientes como en sus familiares. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad puede afectar el bienestar emocional y el desarrollo psicológico de los niños, así como el estado mental de los padres y cuidadores.

La necesidad de varias visitas médicas, procedimientos de diagnóstico y tratamientos puede causar ansiedad y estrés en los infantes. Al mismo tiempo, el uso de dispositivos como arneses, férulas y yesos puede limitar la movilidad y la participación en actividades normales, lo que puede generar frustración y empeorar la ansiedad. A esto se suma la afectación psicológica debido al aislamiento social, ya que las limitaciones físicas y las ausencias escolares debido a tratamientos pueden llevar al aislamiento social y afectar el desarrollo de habilidades sociales. Todo esto contribuye a generar problemas de autoestima debido a la percepción de ser diferentes o incapaces de participar en actividades físicas.

La displasia y sus tratamientos pueden estar asociados con dolor crónico, el cual es un agravante que empeora el estado de ánimo y el comportamiento del niño. Los dispositivos de inmovilización pueden producir incomodidad y dificultar el sueño, lo que afecta el bienestar general.

La preocupación constante por la salud y el futuro del niño puede causar altos niveles de estrés y ansiedad en los padres y/o cuidadores. A esto se suma los costos asociados con el tratamiento y las visitas médicas que pueden ser significativos y contribuir a la carga emocional. La atención constante requerida por el niño puede alterar la dinámica familiar y la distribución de responsabilidades ya que el cuidado de un niño con DCC requiere tiempo y energías adicionales, lo que puede llevar al agotamiento físico y emocional de los cuidadores. Por todo lo mencionado, el apoyo psicológico o la terapia cognitivo conductual a los padres para manejar sus propias emociones y para ayudar a sus hijos a enfrentar la condición es muy importante.

DISCUSIÓN

La displasia congénita de cadera o displasia del desarrollo de la cadera, es una condición ortopédica en la que la articulación de la cadera no se desarrolla adecuadamente. Esta afección puede variar desde una leve inestabilidad hasta una completa dislocación de la cabeza del fémur fuera del acetábulo. Es considerado un importante problema de salud pública y abarca patologías diferentes que van desde inestabilidad, luxación o subluxación hasta anomalías que solo se detectan radiográficamente. Existen muchos factores de riesgo, entre los principales destacan la historia familiar, el sexo femenino, la posición al nacimiento (de nalgas o podálico), ser el primer hijo y diversos factores mecánicos como la falta de espacio en el útero, especialmente en embarazos múltiples.

Dentro del examen físico, es de mucha importancia la realización de la maniobra de Ortolani, la cual se usa para detectar una cadera luxada reducible. La maniobra de Barlow es utilizada para detectar una cadera inestable que puede ser luxada. Las imágenes diagnósticas utilizadas son: el ultrasonido, este se considera el principal método para evaluar la cadera en recién nacidos y lactantes menores de 6 meses. Las radiografías son usadas en niños mayores para evaluar la formación del acetábulo y la posición de la cabeza femoral. La cadera mal posicionada puede ser un desafío para los pacientes, especialmente cuando se asocia con espasmos musculares y problemas en el hueso subyacente. Muchos países utilizan el ultrasonido como cribado universal, ya que es un examen rápido, no invasivo y que no tiene irradiación, sin embargo, es un examen que tiene una amplia variabilidad interobservador, y debe ser realizado por un ecografista con experiencia. Puede dar resultados falsos positivos causando sobre tratamientos en los lactantes. Considerar que el 90% de los afectados que presentan inestabilidad de cadera al nacer tienen buenos resultados en las 8 primeras semanas y hasta el 96% de los hallazgos ecográficos anormales se resuelven espontáneamente en el primer mes y medio.

Las diferentes clasificaciones de la DCC se basan en varios criterios, incluyendo la edad de presentación, la gravedad de la displasia y los hallazgos radiográficos, estos nos dan un mejor panorama del tratamiento a seguir y su pronóstico. Estos tratamientos se dividen en conservadores y no conservadores, estos se centran en la reducción y retención de las caderas inestables con el fin de promover la formación adecuada del acetábulo. Entre las principales técnicas utilizadas encontramos al arnés de Pavlik, el cual es un dispositivo de abducción que mantiene las caderas en flexión y abducción, indicado en el tratamiento de primera línea para los lactantes menores de 6 meses con DCC, con una tasa de éxito alta. Otros dispositivos utilizados incluyen: el arnés de Von Rosen, las férulas de abducción (férula de Frejka), la férula de Aros y el cojín de abducción, estos dispositivos son utilizados sobre todo en casos en los que el arnés de Pavlik no es efectivo o adecuado. De no conseguir una adecuada respuesta, se puede utilizar el manejo por tracción cutánea o esquelética o la reducción cerrada.

El impacto psicológico tanto en pacientes como en familiares o cuidadores es otro punto a tener en cuenta, ya que puede afectar el bienestar emocional y el desarrollo psicológico de los niños, así como el estado mental de los padres y cuidadores, por lo que el apoyo psicológico o la terapia cognitivo conductual a los afectados mejora sus propias emociones y ayudan a enfrentar la enfermedad de mejor manera.

CONCLUSIONES

La displasia de cadera es una afección que puede ser tratada con éxito si se diagnostica a tiempo y se sigue un plan de tratamiento adecuado. Los protocolos de cribado son útiles para detectar la displasia de cadera de manera oportuna, sin embargo, el examen clínico es muy importante para diagnosticar aquellos casos sin factores de riesgo. El manejo no quirúrgico de la displasia congénita de cadera implica el uso de dispositivos de inmovilización y técnicas de manipulación para estabilizar la cadera

y promover el desarrollo normal del acetábulo y la cabeza femoral con lo cual se puede prevenir la necesidad de intervenciones quirúrgicas a futuro.

REFERENCIAS

Raimann R, Aguirre D. Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje y manejo en el lactante. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021. [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com)

Matamoras Quintero AX, Gutiérrez Cardozo JD, Villamil Medina V, Rubiano Chavez DF. ¿ Existe asociación entre Displasia Congénita de Cadera y la Hormona Relaxina durante la Gestación y el Parto?. unbosque.edu.co

Pons Jover C. Equiparación del porteo ergonómico al arnés de Pavlik en el tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera. 2022. uib.es

Cuzco Guillermo CJ. Enfermedad displásica del desarrollo de cadera: Diagnóstico y tratamiento. 2023. ucacue.edu.ec

Nallya AP, Galeanob MA. Recomendaciones en la pesquisa y diagnóstico de la displasia del desarrollo de las caderas. sap.org.ar. . sap.org.ar

Guampe JS, Vanegas DC, Gómez MA, Hurtado MJ, Estupiñán PC. Una mirada actualizada a la displasia de cadera en niños y adultos. Scientific and Educational Medical Journal. 2021 Apr 15;2(1):29-43. medicaljournal.com.co

Romo Turco FDM. Prevalencia de displasia de desarrollo de cadera en niños de 0 a 12 meses. 2020. upla.edu.pe

Santos KY, Ortega PR, Jovel LE, Rodríguez JR. Prevalencia y Factores de riesgo de Displasia del desarrollo de la cadera en recién nacidos en 2 Hospitales Sampedranos. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud. 2023;10(2):17-32. camjol.info

Méndez MB, Castro AF, Martínez AM. Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. Revista Médica Sinergia. 2020. medigraphic.com

Orellana Cuadros VM. Factor de riesgo de displasia de cadera en niños de ambos sexos de 3 a 12 meses de edad. 2024. upla.edu.pe

Marcelo Huamani B. Enfoque fisioterapéutico y ortopédico en pacientes con displasia del desarrollo de la cadera. 2022. uigv.edu.pe

Gutierrez Gamarra E. Características y signos radiológicos asociados al diagnóstico de displasia de cadera en niños de 4 a 24 meses que asisten al Centro Especializado de Imágenes 2024. uancv.edu.pe

Cuadrado Marín JMA. Epidemiología de los factores de riesgo para displasia de cadera en pacientes pediátricos de un hospital de Huancayo-Junin, 2021-2022. 2023. upla.edu.pe

Velásquez DJ, Zeledón Centeno AJ. Prevalencia de las anomalías congénitas y sus factores de riesgo en recién nacidos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León 2021. unanleon.edu.ni

Montesinos Guerrero MT. Técnica quirúrgica de Ganz para tratamiento de displasia congénita de cadera. 2021. ucacue.edu.ec

Guerrero JC, Pineda PA, Sanmartín JE, Imbacuán DA. Displasia del desarrollo de caderas. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2022;6(4):316-26. unirioja.es

Monzón MRL, Cortéz ABV. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA EN INFANTES A NIVEL MUNDIAL. biblioteca.medicina.usac.edu.gt. . usac.edu.gt

Quintana-Meraz DY, Arcos-Díaz MN, Llata-García SG. Importancia del diagnóstico temprano de displasia del desarrollo de la cadera para un manejo conservador exitoso Importance of early diagnosis of developmental dysplasia of the hip for successful orthopaedic management. Órgano Oficial de Difusión Científica de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez de México, AC. 2021;88(4):199-208. revistahospitaljuarez.com

Rodarte-Fernández-de-Castro E, Muñoz-García S, Rodarte-Avalos E, Vázquez-Alaniz F. Beneficios del tratamiento en un solo evento quirúrgico de la displasia del desarrollo de la cadera en niños en etapa ambulatoria. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. 2020 Dec 21;22(1-3):4-10. medigraphic.com

Vanegas Rodas ME. Actualización terapéutica en displasia de cadera. 2023. ucacue.edu.ec

Reyes RN, Chavarría JG, Figueroa SF, Lizárraga RG, Castro AC. Diferencias entre las técnicas quirúrgicas utilizadas sobre el aductor mediano en pacientes entre 18 y 36 meses de edad con displasia del desarrollo de cadera. Orthotips AMOT. 2023 Nov 10;19(4):214-9. medigraphic.com

Delgado Montañez LF. Inmovilización postoperatoria con dispositivo abductor en la Osteotomía Pericapsular de Pemberton para el manejo de la Displasia de la Cadera en Desarrollo. repositorio.unbosque.edu.co. . unbosque.edu.co

Reyes RN, Chavarría JG, Figueroa SF, Lizárraga RG, Castro AC. Differences between the surgical techniques used on the median adductor in patients 18 to 36 months of age with developmental dysplasia of the hip. Orthotips AMOT. 2023 Nov 10;19(4):214-9. medigraphic.com

Escribano García C, Bachiller Carnicero L, Marín Urueña SI, del Mar Montejó Vicente M, Izquierdo Caballero R, Morales Luengo F, et al. Developmental dysplasia of the hip: Beyond the screening. Physical exam is our pending subject. An Pediatr (Engl Ed) [Internet]. 2021;95(4):240–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2020.07.024>

Biedermann R, Riccabona J, Ganger R, Holenstein E, Kranzl A. Evaluation of the Graf method for early diagnosis of hip dysplasia: A comparative study. J Child Orthop. 2021;15(1):1-9. doi:10.1302/1863-2548.15.200201.

Burns N, Burgos J, Reilly CW, Shaughnessy MF. The psychological impact of developmental dysplasia of the hip on patients and their families. Orthop Nurs. 2021;40(5):287-293. doi:10.1097/NOR.0000000000000789.

Stein-Zamir C, Volovik I, Rishpon S, Sivan Y. Psychosocial aspects of developmental dysplasia of the hip. Child Care Health Dev. 2021;47(1):54-60. doi:10.1111/cch.12806.