

**Actividades de intervención
y cribado universales**

**CRIBADO DE LA
DISPLASIA
EVOLUTIVA DE
CADERA**

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

Población diana:

El cribado de displasia va dirigido a toda la población, aunque la actuación difiere según sea o no población de riesgo.

Población de riesgo:

- Antecedentes familiares de displasia evolutiva de caderas (DEC).
- Parto en presentación de nalgas.
- Sexo femenino.

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

Periodicidad:

- En todos los controles de salud hasta que la deambulación esté perfectamente definida.
- En consultas a demanda específicas.
- En población de riesgo (presencia de dos factores de riesgo) ecografía alrededor de las 6 semanas de vida.

Actividades:

- Exploración sistemática para cribado de DEC desde el nacimiento hasta la correcta deambulación:
- Maniobras de Ortolani y Barlow en periodo neonatal precoz (anexo 1). Se recomienda que ante una maniobra clínica positiva, el bebé sea remitido a especialista en ortopedia. El clic de cadera debe ser considerado como un hallazgo normal.
- Exploración de caderas, abducción y asimetrías (anexo 2), en todas las revisiones de salud, hasta que esté correctamente establecida la deambulación.
- Se realizará ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas) o radiografía si es mayor de 4-6 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal o ante la presencia de dos o más marcadores de riesgo.

Comentario

La displasia evolutiva de la cadera incluye desde la luxación (dislocación franca), la subluxación (dislocación parcial) y la inestabilidad o luxabilidad (la cabeza entra y sale del cotilo), hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular. Cuanto antes se detecte una cadera luxada, el tratamiento resulta más sencillo y eficaz, mejorando el pronóstico. A pesar de los programas de cribado sistemático neonatal, se siguen diagnosticando luxaciones de cadera en etapas avanzadas de la lactancia y la infancia. Estos hallazgos pueden, realmente, no estar presentes al nacer e ir apareciendo a lo largo del desarrollo, por lo que el término *evolutiva* (en inglés "*developmental*") tiene mayor exactitud que el de *congénita*.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 1

MANIOBRAS DE ORTOLANI Y BARLOW

- **La maniobra de Ortolani** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se explorará cada cadera de forma independiente. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole nosotros las caderas y rodillas 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2º y 3er dedo que apretarán por la cara externa el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2º y 3º presionando el trocánter hacia dentro y arriba, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce (la cabeza del fémur “entra”) oiremos un clic fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. La percepción de un chasquido, crepitación o clic es normal y no debe inducir a sospecha clínica de DEC.

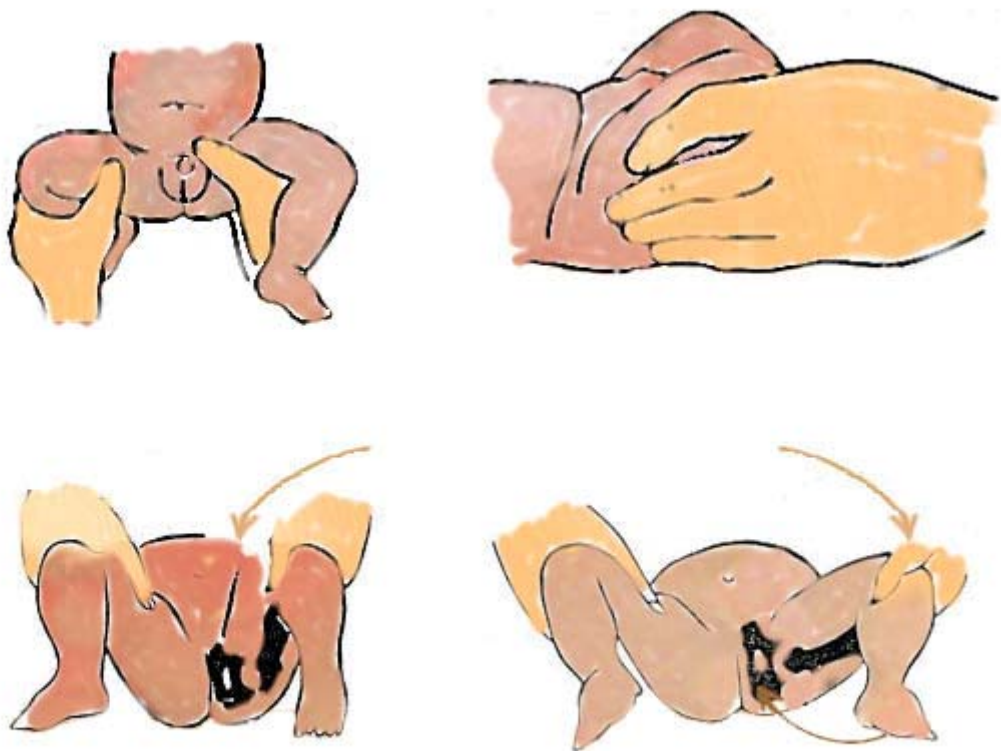


Figura 1. **Maniobra de Ortolani**

- **La maniobra de Barlow** busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45 grados: 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.

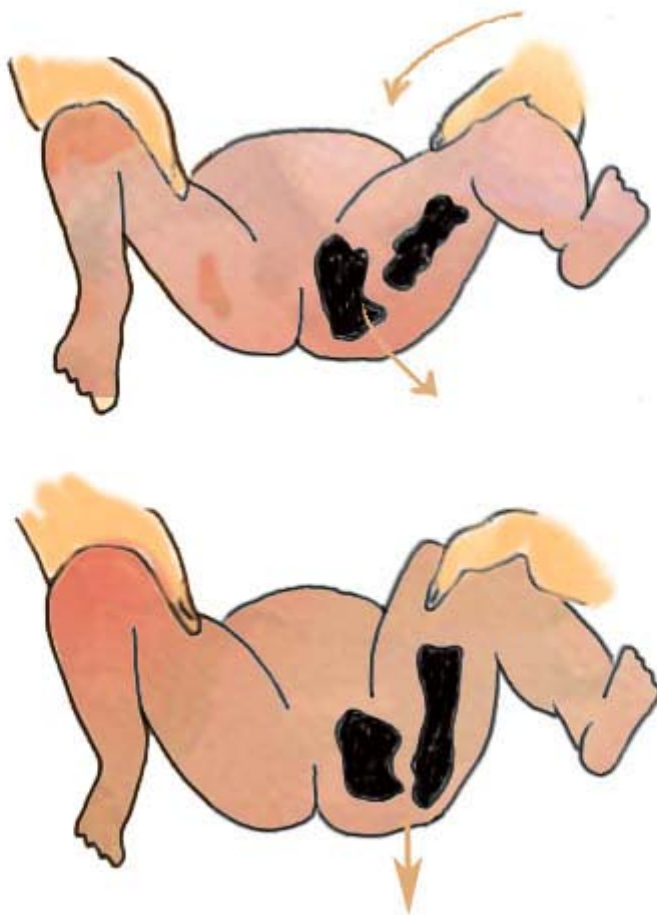


Figura 2. Maniobra de Barlow

La prueba de Ortolani traduce una luxación, y la de Barlow una cadera luxable o displásica.

Tras el período neonatal precoz las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas por bajar su sensibilidad. Hay pobre evidencia de riesgos propios del cribado, como podría ser la luxación secundaria o la necrosis de la cabeza femoral.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 2

EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE CADERAS

Búsqueda sistemática de signos directos e indirectos de DEC

La abducción forzada de los muslos (limitación de la abducción): resultará imposible a más de 60 grados en caso de que exista luxación. En la cadera normal la abducción al menos será de 75 grados. Se aconseja explorar cada lado por separado.

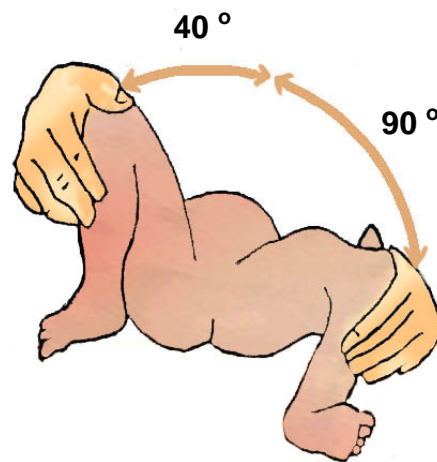


Figura 3. Asimetría en la amplitud de la abducción.

Asimetrías de pliegues:

Pueden ser signos de DEC la desviación de la vulva en las niñas, o la actitud asimétrica de los pliegues inguino-vulvares (debe explorarse en decúbito supino) o el ascenso del pliegue poplíteo.

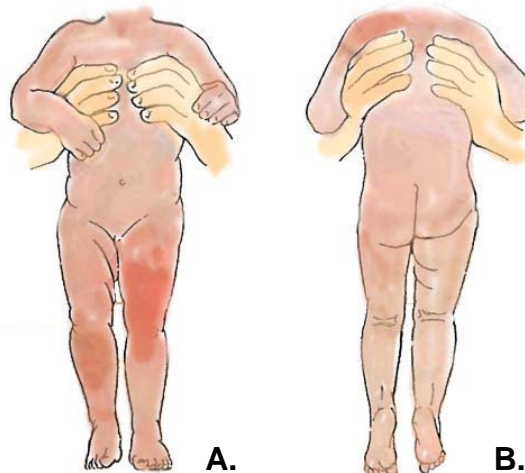


Figura 4. Asimetría de pliegues.

Asimetría longitud de miembros o acortamiento de un muslo (signo de Galeazzi):

Se exploran mejor en flexión de caderas y rodillas, apreciándose la menor longitud del muslo en caso de luxación de cadera.

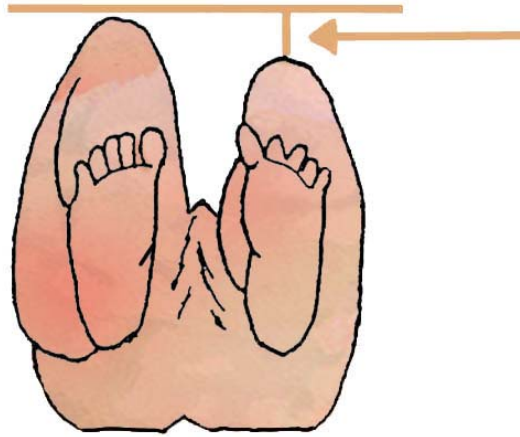


Figura 5. Acortamiento de muslo (mejor explorar en flexión).

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 3

TRATAMIENTO

El tratamiento ortopédico se basa en mantener las caderas en flexión y abducción permanente durante 2 ó 3 meses mediante una férula que permita cierta movilidad. Ante la positividad de la maniobra de Ortolani se derivará el paciente sin dilación a especialista en ortopedia.

Ante la positividad de la maniobra de Barlow se deberá obtener una confirmación ecográfica a las 6 semanas de vida. La aplicación de doble o triple pañal no es recomendable, ya que nunca se ha podido demostrar su eficacia.

En los casos de diagnóstico tardío (sobre todo a partir del sexto mes) o en aquellos casos que no responden bien al tratamiento ortopédico puede ser necesaria la cirugía correctora.

