

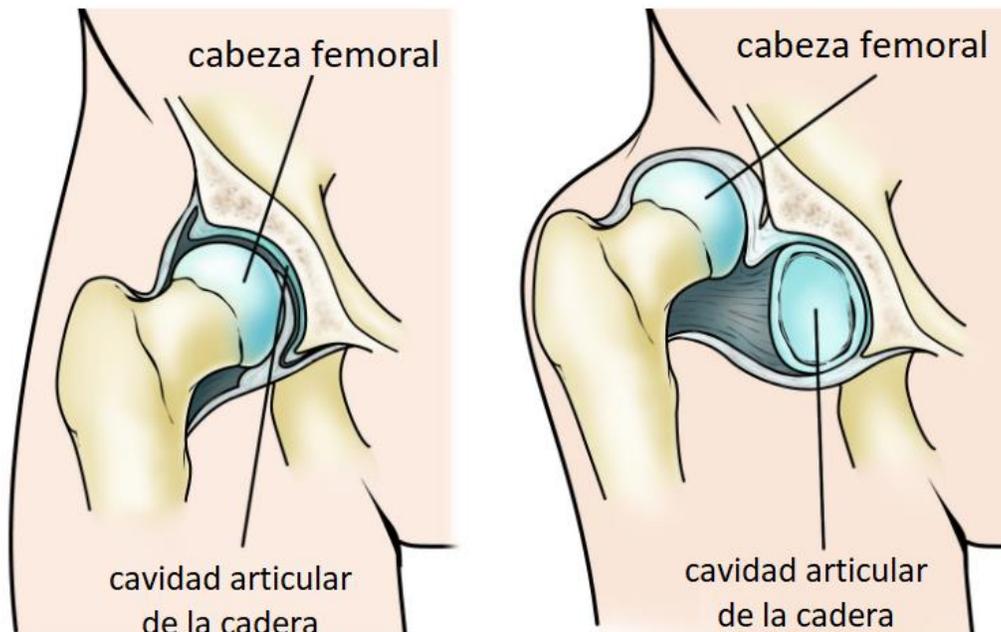
División de Cirugía Ortopédica
Displasia del desarrollo de la cadera (DDH)

La displasia del desarrollo de la cadera (DDH, por sus siglas en inglés) es un problema en la formación de la articulación de la cadera. La cadera es una articulación esferoidea. La bola es la cabeza femoral y está en la parte superior del fémur. La cavidad articular se llama acetábulo y es parte de la pelvis.

La DDH se puede descubrir tras el parto durante el examen del recién nacido. También puede aparecer más tarde y se descubre durante una revisión pediátrica. Puede afectar una o ambas caderas, pero la cadera izquierda tiende a verse afectada con más frecuencia.

Existen diferentes grados de displasia de cadera, incluidos los siguientes:

- Displasia leve: la bola está ubicada en la cavidad, pero la cavidad es poco profunda.
- Displasia moderada: la bola está parcialmente en la cavidad (subluxada) o entra y sale de esta. La cavidad también es poco profunda.
- Displasia grave: la bola está fuera de la cavidad (dislocada) y la cavidad tiene poco o ningún desarrollo.



(Izquierda) En una cadera normal, la cabeza femoral está firme dentro de la cavidad articular de la cadera. (Derecha) En casos graves de DDH, el fémur está totalmente fuera de la cavidad articular de la cadera (dislocado)

¿Por qué sucede?

Se desconoce la causa exacta de la DDH. Sin embargo, se cree que los factores genéticos desempeñan un rol en ella, ya que puede transmitirse de forma hereditaria. También hay factores que se sabe que aumentan la probabilidad de padecer DDH:

- Menor cantidad de líquido amniótico que lo normal

- Bebés de sexo femenino
- Hijos primogénitos
- Bebés en presentación podálica o de nalgas (primero las nalgas o las piernas)
- Ciertos problemas musculares y del sistema nervioso

¿Cómo se diagnostica?

La DDH puede diagnosticarse mediante una exploración clínica. Se puede realizar una ecografía de la cadera para confirmar el diagnóstico. En bebés más grandes y niños, se puede tomar una radiografía de la cadera.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento depende de la edad del niño y de la respuesta a tratamientos anteriores, si corresponde. Los bebés generalmente se tratan con un arnés de Pavlik. Este es un dispositivo de posicionamiento blando que ayuda a sujetar la cabeza femoral en el acetábulo mediante correas que se sujetan alrededor del pecho y las piernas, y mantiene las piernas en la posición adecuada. Este tratamiento favorece que la cavidad se forme correctamente a medida que el bebé crece.

En algunos casos, también se usa un dispositivo ortopédico de plástico, llamado ortesis de cadera en abducción, cuando el niño ya está muy grande para un arnés de Pavlik o el arnés no funciona, pero aún se requiere tratamiento. Al igual que el arnés de Pavlik, la ortesis mantiene las piernas en la posición adecuada para favorecer el desarrollo adecuado de la cadera.

En ocasiones, se requiere cirugía para bebés y niños que no responden al tratamiento no quirúrgico o si la displasia se descubre a una edad posterior, cuando la ortesis ya no es efectiva. En general, el objetivo de la cirugía es colocar la bola en la cavidad para que la cadera se desarrolle lo mejor posible. Su cirujano es quien desarrolla el plan quirúrgico y es específico para cada paciente. Hay varias opciones quirúrgicas diferentes, incluidas las siguientes:

- Reducción cerrada: al niño se le administra anestesia para que los músculos se relajen. El tendón del aductor tenso se afloja a través de una pequeña incisión en la ingle (tenotomía del aductor) y la cadera se coloca en la cavidad de forma manual. Se inyecta una pequeña cantidad de tinte en la articulación para confirmar la reducción (artrografía) y se aplica un yeso en espiga en las dos piernas.
- Reducción abierta: se realiza después de una reducción cerrada no exitosa o en niños mayores. Se le administra anestesia al niño y se hace una incisión en la parte frontal o interna de la articulación de la cadera. El tendón del aductor tenso se afloja a través de una pequeña incisión en la ingle (tenotomía del aductor) y se aflojan los músculos circundantes de la cadera. Se abre la articulación de la cadera y se quitan los tejidos de la cavidad. La bola se coloca en la cavidad y la cápsula articular de la cadera se cierra sobre la bola. Se aplica un yeso en espiga de cadera.
- Osteotomía pélvica: realizada a niños mayores de 18 meses o niños con displasia persistente. Se realiza a través de la misma incisión que una reducción abierta. Se hace un corte parcial en el hueso de la pelvis y la cavidad se dobla hacia abajo para profundizarla. Permite que la cavidad "se termine de adaptar". Se aplica un yeso en espiga de cadera.
- Osteotomía femoral: realizada en niños mayores. Se realiza al mismo tiempo que una reducción abierta o una osteotomía pélvica y requiere una incisión separada en el costado del muslo. El

fémur (hueso del muslo) se acorta o rota para ayudar a mejorar la posición de la bola en la cavidad. Se usa una placa y tornillos para mantener el fémur en la posición correcta hasta que sane. Se coloca un yeso en espiga de cadera y los implantes se retiran de 6 a 12 meses después mediante una segunda cirugía menor. Por lo general, la decisión de realizar una osteotomía femoral se toma en el momento de la cirugía.

Después de la cirugía, al niño se le coloca un tipo de yeso corporal (yeso en espiga) para mantener el hueso de la cadera en la articulación durante la curación. La cantidad de tiempo que el niño deberá estar enyesado se basa en la cirugía realizada. Después de la cirugía, se puede realizar una tomografía computarizada o una resonancia magnética para confirmar la reducción de la articulación de la cadera.

¿Cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento?

Los riesgos del tratamiento con arnés de Pavlik incluyen pinzar el nervio femoral (parálisis del nervio femoral) mientras se trata al niño con el arnés. Si el niño deja de patear con una o ambas piernas, esto podría indicar un problema con el nervio. Retire el arnés inmediatamente y llame a su médico especialista en ortopedia. También existe el riesgo de necrosis avascular de la cadera, que se produce cuando se interrumpe la irrigación sanguínea a la cabeza del fémur. Además, puede producirse el fracaso del tratamiento o displasia residual, lo que puede requerir un tratamiento adicional. Por último, también puede producirse un retraso en la marcha si se trata al niño con un yeso corporal. Sin embargo, una vez que se quita el yeso, el niño debería poder continuar con su crecimiento normal sin retrasos a largo plazo. Si es necesario un tratamiento quirúrgico, su cirujano describirá los riesgos específicos.

El principal beneficio del tratamiento es aumentar la posibilidad de un crecimiento normal de la cadera. La cavidad de la cadera no se formará correctamente si la cabeza femoral no está bien colocada en la cavidad durante el crecimiento. Los problemas de la displasia de cadera no tratada pueden incluir marcha de pato, disimetría de piernas, cansancio al caminar, dolor y artritis precoz. Por lo tanto, la displasia de cadera debe diagnosticarse y tratarse de manera temprana. Se necesita un seguimiento a largo plazo con radiografías para asegurarse de que la cadera de su hijo continúe desarrollándose normalmente después del tratamiento.

Teléfonos de contacto:

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su hijo, llámenos:

- Días de semana (8 a 4:30 p. m.): 510-428-3238 y pida hablar con el personal de enfermería de su cirujano.
- Después de las 4:30 p. m. o los fines de semana/feriados: 510-428-3000 (número principal del hospital) y pida hablar con el residente de Traumatología y Ortopedia de guardia.

Visite www.hipdysplasia.org o <https://orthokids.org> para obtener más información.