



Evaluación de cadera neonatos/niños

Definición

Displasia de la cadera en el recién nacido. Es una anomalía del desarrollo cuya búsqueda es imprescindible en la valoración de los recién nacidos: su diagnóstico y manejo temprano pueden evitar que los niños tengan secuelas que pueden perdurar toda su vida (1).

Dolor de cadera en niños. Es común en niños y adolescentes y tiene una amplia gama de causas, que van desde las benignas hasta las potencialmente devastadoras (2).

Etiología de displasia de cadera

Genético: La hipótesis que se plantea para explicar el factor familiar es la de laxitud de los ligamentos en la familia. Otra teoría es que las diferencias morfológicas en diversas familias, condicionan deformidades posturales (1).

Hormonal: La laxitud articular se relaciona con los estrógenos, progesterona y relaxina; estas hormonas están presentes en la madre durante el parto e inducen la relajación de la pelvis, condicionando una laxitud transitoria de la articulación y la cápsula (1).

Mecánico: Estos factores actúan por restricción del espacio intrauterino, en el último trimestre de la gestación (1).

Epidemiología de displasia de cadera

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) abarca un amplio espectro de gravedad clínica, desde anomalías leves del desarrollo hasta una luxación franca.

La inestabilidad clínica de la cadera ocurre en 1% a 2% de los recién nacidos a término, y hasta 15% tienen inestabilidad de cadera o inmadurez de cadera detectable mediante estudios de imagen.

La displasia de cadera es la causa más común de artritis de cadera en mujeres menores de 40 años y representa del 5% al 10% de todos los reemplazos totales de cadera en los Estados Unidos.

El cribado neonatal y periódico se ha practicado durante décadas, ya que la DDH es clínicamente silenciosa durante el primer año de vida, puede tratarse más eficazmente si se detecta temprano y puede tener consecuencias graves si no se trata (1).

Etiología de dolor de cadera en niños

Infecciosa: El dolor es generalmente agudo, localizado y severo (3)

Inflamatoria/ Inmunológico : El dolor es generalmente crónico o tiene un inicio insidioso (3).

Ortopédicas: El dolor generalmente se localiza en la cadera, pero puede referirse al muslo o la rodilla; puede tener un inicio agudo o insidioso; el dolor aumenta con la actividad y disminuye con el descanso (3).

Neoplásica: El dolor es característicamente peor en la noche y no está relacionado con la actividad; puede estar asociada con síntomas sistémicos (3).

Traumática: El dolor es generalmente agudo, localizado, leve o severo (2).

Etiología múltiple: El dolor es intermitente y la mayoría de las veces afecta a las extremidades inferiores, casi siempre localizado profundamente en los muslos o pantorrillas. “Dolores de crecimiento”. Los síntomas tienden a aparecer por la noche y pueden despertar al niño. Los dolores de crecimiento duran entre 30 minutos y varias horas (4).



Mira e video en
Saludes TV:

<https://goo.gl/M7LRJN>

Diagnóstico

- Clínico: Examen físico (Asimetría, Ortolani, Barlow) (3)
- Ecografía de cadera (en los primeros 6 meses) (4)
- Radiografía de cadera AP(A partir de los 6 meses) (3)

Tabla 1. Diagnósticos más frecuentes en cadera dolorosa

	PERTHES	AR SEPTICA	SINOVITIS TRANSITORIA	OSTEOMIELITIS
EDAD	3-10 años	1-10 años	3-12 años	3-12 años
ETIOLOGÍA	Desconocida	Estafilococo, estreptococo, Kingella kingae, virus, hongos	Desconocida (probablemente viral)	S. aureus, S. pyogenes, S. pneumonia, Haemophilus influenzae tipo b, Kingella kingae
SÍNTOMAS	Cojera progresiva, dolor de cadera, muslo o rodilla, no fiebre	Afectación sistémica con fiebre de 38-39 °, cojera aguda	Cojera aguda, dolor de cadera y rodilla, sin fiebre	Fiebre, dolor, cojera, enrojecimiento, tumefacción en el sitio de hueso
EXPLORACIÓN	Limitación de la abducción y abolición de la rotación interna	Limitación de todos los movimientos	Rotación interna abolida	Disminución de la movilidad
LABORATORIO	VSG y PCR normal o discretamente elevada, BH normal	Aumento de leucocitos, VSG y PCR	Aumento de leucocitos, VSG y PCR	Aumento de leucocitos, VSG, PCR, Procalcitonina, hemocultivos
IMAGENOLÓGIA	Rx de cadera: Alteraciones en la fragmentación, secuestro, osteólisis y deformidad. RMN y gammagrafía	Rx de cadera: Inicialmente aumento del espacio articular, erosiones subcondrales. Eco de cadera: Derrame articular	Rx de cadera normal	Rx de cadera, gammagrafía, RMN, biopsia de hueso
DURACIÓN	Meses o años	Horas o días	6-7 días	Aguda de 7-14 días y la crónica meses
TRATAMIENTO	Reposo, analgésicos, y cirugía según grado de afectación	Reposo, analgésicos, y antibióticos de amplio espectro	Reposo, anti-inflamatorios	AINES, antibióticos de amplio espectro

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016.

Tratamiento

3 meses de tratamiento con Arnés de Pavlik para menores de 6 meses (5).

En niños de 6 meses-1 año tracción durante tres semanas para disminuir la retracción de las partes blandas. En caso de presentar una tensión excesiva pueden requerir de una tenotomía de aductores (6).

Si se presenta deformidad progresiva se debe programar cirugía

De 1 a 4 años se recomienda tracción abducción por tres semanas o la tenotomía del músculo psoas y miotomía de los abductores.

Aspectos esenciales de la evaluación de cadera en niños

- Edad
- Sexo del niño
- Inicio, la duración, la gravedad y la ubicación del dolor; síntomas sistémicos asociados

- Historia médica pasada; historia familiar; e historia social
- Dolor (dentro o fuera de la cadera), problema aislado, afectación secundaria sistémica
- La historia y el examen del niño con dolor de cadera se enfoca en distinguir entre causas infecciosas, inflamatorias, ortopédicas / mecánicas y neoplásicas.

Causas de cojera que amenazan la vida o las extremidades en niños

- Artritis séptica
- Osteomielitis
- Tumor
- Leucemia
- Neuroblastoma metastásico
- Sarcoma osteogenico
- Tumor de Ewing
- Torsión de testículo
- Deslizamiento de la epífisis femoral
- Fractura
- Apendicitis
- Discitis
- Displasia del desarrollo de la cadera
- Meningitis
- Absceso epidural de la columna vertebral

Los “dolores de crecimiento” son un complejo sintomático idiopático que afecta entre el 10% y el 20% de los niños en edad escolar. El dolor no es consecuencia del crecimiento sino del uso muscular excesivo en niños activos, es intermitente y la mayoría de las veces afecta a las extremidades inferiores, casi siempre localizado profundamente en los muslos o pantorrillas. El dolor en las articulaciones es raro. Los síntomas tienden a aparecer por la noche y pueden despertar al niño. Los dolores de crecimiento duran entre 30 minutos y varias horas y generalmente responden a los analgésicos, masaje y calor local. No se acompañan de anomalías en la exploración física ni en las exploraciones complementarias. Se requiere un buen abordaje diagnóstico para identificar tempranamente y evitar consecuencias fatales en el desarrollo de los niños(8).

Aspectos socioculturales

Cuando como médicos, tenemos una “sospecha” diagnóstica en un examen de control del niño, el profesional debe estar consciente de “la carga emocional” que está entregando a los padres. Debe tener cierta sensibilidad para anticipar, “el cómo” esta familia va a enfrentar esta “noticia”. La respuesta familiar ante un posible “diagnóstico de discapacidad”, sea física o sensorial, dependerá de la historia de vida de los miembros de la familia.

En todo sistema familiar este tipo de noticias generaran sufrimiento. Este sufrimiento está ligado a las contradicciones y presiones

sociales que pesan sobre las personas, y se inscribe en los cuerpos de los sujetos cuando no pueden “realizarse socialmente” o no alcanzan a ser aquello que deseaban. Es el caso de un niño con displasia de desarrollo de la cadera, el temor implícito es la discapacidad física a futuro. Estas contradicciones generan una tensión que es interiorizada por los padres, quienes no cuentan con los medios necesarios para enfrentar esa nueva realidad. Los padres se ven así sometidos a un conflicto interno, cuya causa es externa, lo cual puede provocar una fragilidad física y mental.

Otro factor que influye ante esta “nueva realidad”, es la situación económica de la familia. La inequidad social, la posición desfavorable de las familias viviendo en precariedad económica aumenta su dependencia con respecto al Sistema de Salud Público, buscando dentro de este, una “alma caritativa” que les ayude a resolver el nuevo problema (9).

Políticamente, estas acciones caritativas establecidas por personas generosas, grupos religiosos, clubes altruistas, ONGs; niegan las relaciones de discriminación, los conflictos identitarios, la violencia simbólica que ejerce la sociedad al exigir el estereotipo de hombre o mujer exitoso/a, como una persona normo típica, sin problemas de movilización, ni comunicación, que triunfa en la sociedad.

Este estereotipo social es el que genera la verdadera presión social sobre los padres, que tienen que vivir con hijos con capacidades diferentes (10).

Referencias bibliográficas

1. BA S, Segal LS. Evaluación y derivación para la displasia del desarrollo de la cadera en bebés. *Pediatría*. 2016;(138).
2. Bachur RG, Adams CM, Monuteaux MC. Evaluación del niño con dolor agudo de cadera. *J Pediatr*. 2015;(166-407).
3. BA S, Segal LS S. Section on Orthopaedics. Evaluation and referral for developmental Dysplasia of the Hip in Infants. *Pediatrics*. 2016;(138).
4. A R, LQ L, F H, al e. Criterios de diagnóstico estandarizado para displasia del desarrollo de la cadera en la primera infancia. *Clinic Orthop Relat Res*. 2011; 469 (12) (3451-3461).
5. M I, V S, P S, al e. El examen de ultrasonido para el desarrollo de displasia de cadera en bebés nacidos por presentación de nalgas. *J Child Orthop*. 2010; 4(1)(3-8).
6. Canadian Task Force on preventive Health care. Preventive health care. Screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborn. *CMAJ*. 2001; 164(1669-1677).
7. Surgeons AAoO. Detection and nonoperative management of pediatric development dysplasia of the hip in infants up to six months of age. Evidence -based clinical practice guideline. 2014 September.
8. Roser Garrido, Carles Luaces. Protocolos diagnóstico terapéutico de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de Pediatría, 2010.
9. Lock Margaret, Reynolds Pamela. *Remaking a World : Violence, Social Suffering and Recovery*. Berkeley. University of California Press..
10. Rossi L. “Quêtes de spiritualité et pluralisme médical: reconfigurations contemporaines”.. In Durisch-Gauthier, editor. *En Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles.*: Labor et Fides; 2007.