



Displasia de la cadera en desarrollo. Su resurgimiento con otra importancia diagnóstica y terapéutica

Cuevas de Alba Carlos

Servicio de ortopedia pediátrica.

Autor para correspondencia: Carlos Cuevas de Alba.
Servicio de ortopedia pediátrica. Antiguo Hospital Civil de
Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Jalisco, México.
Correo electrónico: drcarloscuevas@yahoo.com

En la década de los ochentas se reemplazó en forma progresiva el término de luxación congénita de cadera por un término más comprensivo e incluyente: la displasia de cadera en desarrollo (DCD), o displasia luxante de la cadera, definiendo así a una deformidad de todas las estructuras anatómicas de la cadera en crecimiento, de severidad y progresividad variable que altera la correcta relación del fémur y el acetábulo pélvico, y que aún hoy, puede comprometer la calidad de vida.

Este cambio en la nomenclatura es el reflejo de un conocimiento más profundo de la enfermedad y todo el abanico de escenarios en su presentación.

Probablemente, la introducción del ultrasonido (US) en forma masiva, inicialmente en Europa fue el principal detonante del estudio de las nuevas presentaciones clínicas de la DCD donde antes y de manera simplista, se consideraba el hecho de normalidad y anormalidad a una cadera reducida o una cadera luxada; en relación a la cadera de los recién nacidos.

Actualmente se ha considerado que la frecuencia de la DCD es mayor a 10-11/1000 nacimientos contrastando con las estadísticas tradicionales de 1-3/1000 nacimientos donde solo se incluyen casos clínicamente positivos a luxación.

Existen caderas anormales con una displasia acetabular sin subluxación o con una inestabilidad o displasia sutil, en

las que la exploración física de un médico muy experimentado, y en el ambiente más propicio de exploración, puede ser incapaz de detectar clínicamente. Es necesario la adición de estudios de imagen como el US antes de los 3-4 meses o la radiografía simple de pelvis y Lawstein en mayores de esta edad. Ha sido tan importante este concepto, que la mayoría de los países de Europa y algunos ya en Sudamérica lo hacen también como Colombia, Uruguay y Chile, desde hace varios años. Las normas clínicas han cambiado y México no es la excepción. Primero para la Ciudad de México (mayo del 2015) y luego por decreto presidencial en diciembre de 2016, hay un cambio en la normatividad que determina la obligación de tomar US o radiografía de cadera en todo recién nacido vivo. Este enunciado es un parteaguas nacional en el modo de enfrentar a esta enfermedad, ya que habrá que crear a la brevedad los mecanismos institucionales para llevar a cabo este mandato presidencial.

Derrumbar las barreras del tradicionalismo en los tratamientos médicos es una de las metas de las nuevas generaciones de médicos. Muchos tratamientos todavía se basan en el empirismo y que en la DCD no son la excepción. El factor que determina la normalidad en el crecimiento y desarrollo en la DCD es la consecución de una reducción y contención concéntrica y congruente de la cadera. Reducciones con resultados satisfactorios se consiguen hasta en el 95%-98% de los casos con diagnóstico neonatal y una actitud expectante es la antítesis de cualquier buen resultado en esta patología. Tradicionalmente

también, colocar dos y tres pañales a los pacientes diagnosticados con DCD, con el fundamento de que los pañales mantenían en abducción estas caderas es impropio. Aunque generan abducción de caderas, ésta no es controlada y además se pierde cada vez que el niño se cambia de pañal. Se ha determinado que el periodo de "oro" del tratamiento de la displasia es dentro de los primeros 3 meses de vida extrauterina; después ya se considera que el desarrollo de la articulación coxo-femoral no será absolutamente normal.

Los estudios de artroplastias de cadera en pacientes adultos identifican ya a la DCD como la causa más común en la etiología de la coxa-artrosis. Caderas con displasia leve pueden ser asintomáticas hasta 60 a 65 años y a partir de esa edad, el proceso degenerativo genera la necesidad de cirugía de remplazo articular. En estadísticas mundiales, cada año se realizan más artroplastias de cadera, secundarias a displasias infantiles. Es por esto que es importante que los médicos del primer nivel de atención en el organigrama de salud nacional, sepan diagnosticar en edades tempranas la patología y su consecutivo diagnóstico de imagen, para que los casos que requieran tratamiento lo inicien correctamente y en la edad en que pueden llegar a tener caderas morfológicamente normales y que su longevidad corresponda a la expectativa de vida actual.