


UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA




90
ANIVERSARIO
— UANL —


Escuela de Medicina
Escuela de Medicina

Editorial del mes: Displasia del Desarrollo de la Cadera

Las buenas prácticas en medicina se definen como el conjunto de acciones, procesos, procedimientos y conductas clínicas fundamentadas basadas en la mejor evidencia científica disponible, en la experiencia profesional acumulada y en los valores y expectativas del paciente, que se aplican de manera sistemática y estandarizada con el fin de garantizar una atención segura, eficaz, eficiente, equitativa y centrada en la persona.

Estas prácticas constituyen modelos de actuación validados que reducen la variabilidad clínica innecesaria, previenen errores, promueven la calidad asistencial y facilitan la mejora continua dentro de los sistemas de salud. En este sentido, el boletín de calidad de este mes lo hemos dedicado a una buena práctica, “El diagnóstico oportuno, y en su caso el tratamiento de la **Displasia del Desarrollo de la Cadera** (DDC)”, un padecimiento que si se detecta oportunamente evita dolorosas complicaciones y secuelas.

Si bien es cierto que por Ley a partir del 16 de diciembre del 2016 de acuerdo a la reforma que tuvo la Ley General de Salud es obligatorio realizar el Tamizaje de cadera (incluso es parte de la Cartilla Nacional de Salud), la realidad nacional es que esta disposición ha tenido importantes limitaciones en su implementación, principalmente porque en la mayoría de los casos se realiza únicamente el tamizaje clínico, el cual detecta alrededor del 10 % de los casos, por lo que se hace imprescindible en las visitas de seguimiento del control del niño sano, complementarse con los estudios de imagen pertinentes (ultrasonido y radiografías de la cadera).

[illegible]

En nuestra institución el equipo multidisciplinario responsable de la detección oportuna de la DDC encabezado los servicios de Traumatología y Ortopedia, Pediatría y Obstetricia, han desplegado una campaña gratuita que busca la detección desde el recién nacido, para ello además de la competencia clínica y profesional, se ha gestionado la adquisición del equipo de ultrasonido necesario para complementar el diagnóstico clínico, mismo que se logró mediante un donativo realizado por la Fundación Rotaria (a través del Cub Rotarios Monterrey, y el Rotary Club of Southside Corpus Christi, de Texas).

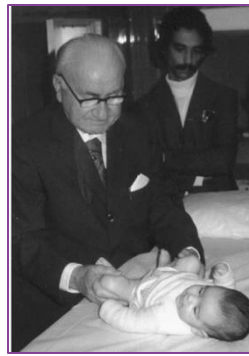
La incidencia de la DDC es ampliamente variable en la literatura, ya que no se han unificado universalmente las definiciones, operativas, además de que hay distintos métodos de cribado y las poblaciones estudiadas no han sido comparables. Revisiones y meta-análisis sugieren una incidencia aproximada que oscila ampliamente (de 0.1 a >20 por 1.000 nacidos vivos según series y criterios), con mayor prevalencia en mujeres (3–5:1) y en recién nacidos durante su nacimiento tuvieron presentación podálica.



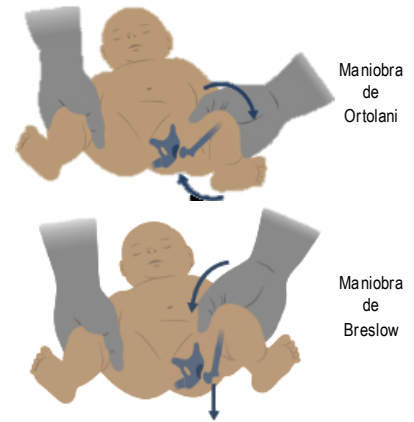
Factores de riesgo y etiología:

- Sexo femenino.
- Presentación podálica en el tercer trimestre.
- Historia familiar de DDC (parientes de primer grado).
- Oligohidramnios y maceración intrauterina que limitan el movimiento fetal.
- Posición de nalgas o deformidades prenatales.
- Embarazos múltiples (debido a posicionamiento limitado).
- Prácticas culturales (envolturas que mantienen los miembros inferiores en extensión/adducción).

La fisiopatología combina factores mecánicos (posicionamiento intrauterino que altera fuerzas y crecimiento), factores genéticos (predisposición familiar) y factores hormonales que afectan laxitud ligamentaria al nacimiento.



Mario Ortolani, en el Hospital de Sao Paulo Brasil, 1972



Maniobra de Ortolani

Maniobra de Barlow

Detección y diagnóstico: cribado clínico y por imagen

Cribado clínico:

- Examen sistemático neonatal: maniobras de Barlow y Ortolani. Estas maniobras son indispensables en el periodo neonatal, pero su sensibilidad disminuye con la edad.
- Observación de asimetría en pliegues inguinales, limitación de abducción, longitud de extremidad y marcha en etapas tardías.

Cribado por imagen:

- La ecografía es la herramienta de elección en los primeros 4–6 meses (cuando el cartilago predomina) y permite cuantificar desarrollo acetabular y relación cabeza-acetábulo.
- Radiografía AP de pelvis es útil a partir de los 4–6 meses (cuando aparecen centros de osificación) para evaluar índice/ángulos.

Tratamiento según edad y grado: Objetivo: lograr una reducción concéntrica y estable de la cabeza femoral en el acetábulo, permitiendo remodelado acetabular y crecimiento normal.

- En lactantes (0–6 meses): Arnés de Pavlik: método de primera línea para displasia/subluxación en lactantes menores de 6 meses. Reportes sugieren éxito en amplio rango (70–95%) dependiendo de gravedad inicial y edad, con riesgo de osteonecrosis si es mal usado, este manejo requiere seguimiento estrecho ecográfico y clínico.
- Entre 6–18 meses: Si falla el arnés o el diagnóstico es tardío: reducción cerrada bajo anestesia seguida de yeso en posición de abducción (spica) y seguimiento por imagen. Si la reducción cerrada no logra congruencia, considerar reducción abierta.
- Niños mayores y adolescentes: Osteotomías acetabulares y/o osteotomías femorales para reorientar o mejorar cobertura, cuyo objetivo de preservar articulación y retrasar o evitar artroplastia.



Consecuencias de la detección o tratamiento tardío

La detección tardía o el tratamiento insuficiente de DDH pueden producir:

- Necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos (reducción abierta, osteotomías pélvicas/femorales).
- Aumento de riesgo de osteonecrosis en procedimientos tardíos o múltiples reducciones.
- Desarrollo de artrosis femoroacetabular temprana, dolor crónico, limitación funcional y necesidad de artroplastia a edades tempranas (30–50 años en algunos series de DDC severa).
- Además, en términos socioeconómicos, las intervenciones mayores elevan costos sanitarios, impacto laboral/familiar y disminución de calidad de vida.

Conclusión

La DDC es una condición con gran impacto clínico y sociosanitario cuya evolución depende fuertemente de la detección temprana y de un manejo protocolizado. El cribado clínico neonatal y el uso estratégico de la ecografía permiten identificar la mayoría de los casos susceptibles de tratamiento conservador exitoso; cuando la detección falla, los niños enfrentan mayor probabilidad de cirugías complejas y de artrosis precoz. Por tanto, la calidad asistencial en DDC se mide por la eficiencia del cribado, la rapidez de la derivación y la adherencia a protocolos terapéuticos. Mantener un enfoque de mejora continua y generar evidencia local (registros, auditorías) es clave para optimizar resultados.

La frase del mes

"El cuerpo humano es la obra más valiosa que nos ha dado la naturaleza"

Leonardo di ser Piero Da Vinci

Anatomista, arquitecto, paleontólogo, botánico, escritor, filósofo, ingeniero, inventor, músico, poeta y urbanista italiano



1452 - 1519

Comité editorial

Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez
Director de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario

Subdirección de Planeación, Desarrollo y Calidad
Dr. med. Víctor Manuel Peña Martínez
Dr. med. Rodolfo Márquez Martín
Dr. Francisco F. Fabela Blas
Lic. Yahaira Pérez González
Ing. Rodrigo Bueno Campa