

## Ecografía de cadera en Atención Primaria

M. González Herrero, J. Toledano  
Pediatras. Ambulatorio Levante Sur. Córdoba.

### Resumen

La ecografía de caderas es un método inocuo y eficaz en el diagnóstico de la displasia de caderas (DC) en los primeros meses de vida.

**Objetivo:** Valorar la importancia de la ecografía en el diagnóstico precoz de la DC, en Atención Primaria.

**Palabras claves:** Ecografía de caderas, Displasia de caderas.

### Abstract

Hip ultrasound is an effective and harmless method for diagnosis of dysplasia of the hip in the first months of age.

**Objective:** To evaluate the relevance of ultrasound in early diagnosis of dysplasia of the hip, in primary care.

**Key words:** Ultrasound hip, Dysplasia of the hip.

### Introducción

En la patología de la cadera es de vital importancia el papel del pediatra de Atención Primaria, pues un diagnóstico precoz supone un tratamiento precoz, con una garantía de evolución favorable, evitando futuras incapacidades.

La frecuencia de cadera luxable o luxada oscila entre 1,7 a 17 de cada 1.000 recién nacidos.

El 50% se diagnostican por las maniobras de Ortolani y Barlow en el período neonatal; un 35% se diagnostican tardíamente, a partir del segundo semestre de vida.

Es el pediatra, quien tras una anamnesis detallada en búsqueda de factores de riesgo y la exploración de la cadera desde el período neonatal, solicitará, si es preciso, una ecografía de caderas.

En este estudio se revisa la ecografía de caderas como *screening* selectivo en aquellos recién nacidos con factores de riesgo o clínica sospechosa de displasia de caderas.

### Material y métodos

Se revisan las historias clínicas de los recién nacidos adscritos entre mayo de 2000 y mayo de 2001.

Se obtienen datos sobre el sexo, antecedentes familiares, embarazo, parto, factores de riesgo asociados con una mayor frecuencia de DC y exploración clínica de las caderas.

Se seleccionan aquellos con factores de riesgo o clínica sospechosa en los que se había realizado ecografía de caderas.

## Resultados

Durante el período revisado se adscribieron 117 recién nacidos, 65 mujeres y 52 varones.

Se realizó ecografía de caderas a 14 recién nacidos que presentaban algún factor de riesgo o clínica sugerente de DC. Cinco ecografías eran patológicas,

observándose displasia acetabular de grado variable, con afectación bilateral en un solo paciente. En los otros cuatro la cadera patológica era la izquierda.

El sexo femenino fue el predominante, acaparando todas las ecografías patológicas.

No había antecedentes familiares reconocidos.

La posición podálica fue el factor de riesgo más frecuente.

La clínica mostró mayor correlación ecográfica que los factores de riesgo.

Todos los pacientes con ecografía patológica se revisaron por un traumatólogo infantil.

**Tabla I.** Datos de los pacientes estudiados

CASO	SEXO	F. RIESGO	CLÍNICA	ECOGRAFÍA
1	Mujer	Podálica	Negativa	Normal
2	Mujer	Podálica	Negativa	Patológica
3	Mujer	No	Ortolani +	Patológica
4	Mujer	No	Limitación abducción caderas	Normal
5	Mujer	No	Asimetría pliegues	Patológica
6	Mujer	No	Asimetría pliegues	Normal
7	Mujer	No	Chasquido	Normal
8	Mujer	No	Limitación abducción cadera	Patológica
9	Mujer	No	Ortolani +	Patológica
10	Varón	Podálica	Negativa	Normal
11	Varón	Podálica y Metatarso adductus	Negativa	Normal
12	Varón	No	Limitación abducción cadera	Normal
13	Varón	No	Asimetría pliegues	Normal
14	Varón	No	Dismetría EEII	Normal

El tratamiento dependió del grado de displasia acetabular: dos pacientes con displasia acetabular grado I sólo precisaron doble pañal que fue retirado a los 6 meses de edad tras comprobar la normalidad de la cadera clínica y radiológicamente. Otro paciente con displasia grado I-II evolucionó favorablemente con la aplicación del doble pañal.

Los otros dos pacientes presentaban displasia acetabular grado III precisando arnés de Pavlik con evolución favorable.

Los datos se resumen en la Tabla I.

## Discusión

El término más adecuado para describir la entidad en la que la cabeza femoral tiene una relación anómala con el acetábulo es el de displasia madurativa de la cadera, de inicio en el útero, perinatal o durante la lactancia. Abarca la luxación, la subluxación y la inestabilidad de la cabeza femoral<sup>1</sup>.

La sintomatología varía según la edad: en el período neonatal se consideran signos físicos positivos los signos de Ortolani y Barlow, detectándose el 50% de las DC.

A partir de las 8-12 semanas dejan de tener valor, siendo la disimetría de extremidades inferiores, la asimetría de plie-

gues cutáneos y la limitación de la abducción de la cadera los signos físicos de alerta que sugieren la posibilidad de displasia de caderas, pero se pueden encontrar en niños sanos o con otro tipo de trastornos ortopédicos<sup>1</sup>.

Desde el inicio de la deambulación la cojera es el síntoma principal, sin olvidar los signos clínicos descritos antes.

El estudio ecográfico de las caderas en el primer trimestre de vida sustituye a la exploración radiológica, ya que aporta más datos, al visualizar las partes cartilaginosas y por la ausencia del núcleo de osificación de la cabeza femoral<sup>2,3</sup>.

En la cadera normal el rodete cartilaginoso cubre el 60% de la cabeza femoral, no llegando a cubrir el 40% en la displásica. Se trata de un método inocuo y cuyo coste-beneficio en el *screening* universal de la cadera neonatal se ha visto económicamente justificado en algunos estudios<sup>4</sup>.

El *screening* selectivo, el más usado en nuestro medio, en aquellos recién nacidos con factores de riesgo o clínica sospechosa, es efectivo, y de hecho su realización en neonatos con factores de riesgo es aconsejable para evitar presentaciones tardías<sup>5,6,7</sup>, que acontecen en el 35%.

Aproximadamente un 80% de las displasias ocurren en niñas. El carácter fa-

miliar hereditario es muy manifiesto, siendo el mayor factor de riesgo<sup>5</sup>. La posición podálica, el oligoamnios, la presencia de malformaciones congénitas o trastornos ortopédicos son otros factores de riesgo. En más del 60% de las DC existe algún factor de riesgo identificable. La asociación de dos o más factores multiplica las posibilidades de padecerla.

El pediatra de Atención Primaria no debe obviar, en los controles periódicos de salud desde el período neonatal hasta la deambulación estable, una anamnesis detallada en búsqueda de factores

de riesgo y la exploración de la cadera, pues un diagnóstico precoz conlleva un tratamiento precoz y garantiza una evolución favorable<sup>5,6,8</sup>. Si no se trata es muy probable su evolución a incapacidad grave y a la artrosis de cadera.

El tratamiento ortopédico consiste en mantener las caderas en flexión y abducción hasta la estabilidad clínica y la normalización radiológica de la cadera. El inicio precoz del tratamiento aumenta su efectividad.

A partir de los 6 meses de edad el tratamiento se basa en la cirugía correctora.

## **Bibliografía**

---

1. Goldberg MJ. *Detección temprana de la displasia madurativa de la cadera*. *Pediatrics in Review* 2001; 22(4): 131-4.
2. Díaz Martínez A. *Patología de la cadera infantil. Diagnóstico ecográfico*. Madrid, Díaz de Santos SA, 1991.
3. Grissom LE, Harke HT. *Developmental Dysplasia of the Pediatric hip with Emphasis on Sonographic Evaluation*. *Semin Musculoskelet Radiol* 1999; 3(4): 359-70.
4. Bralic I. *Ultrasound screening of the neonatal hip: cost-benefit analysis*. *Croat Med J* 2001; 42(2): 171-4.
5. Omeragh H, Koparol S. *The role of clinical examination and risk factors of development of the hip: a prospective study in 188 referred young infants*. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001; 121(1-2): 7-11.
6. Zenios M, Wilson B, Galasko CS. *The effect of selective ultrasound screening on late presenting DDH*. *J Pediatr Orthop B* 2000 ; 9(4): 244-7.
7. Wall EJ. *Practical primary pediatric orthopedics*. *Nurs Clin North Am* 2000; 35(1): 95-133.
8. Abuamara S, Dacher JN, Gaucher S et al. *Hip dislocation. Organization of screening and follow-up*. *Arch Pediatr* 1999; 6(6): 675-82.

