

DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.12-21

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1640>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 12-21



Displasia del desarrollo de la cadera

Developmental dysplasia of the hip

Displasia do desenvolvimento da anca

Gissele Stephanie Verdezoto Unaicho¹; Lizett Marlene Cóndor Navas²; Diego Xavier Chimbo Nicolalde³; Manney Sinyane Yip Li⁴

RECIBIDO: 01/05/2022 **ACEPTADO:** 20/05/2022 **PUBLICADO:** 09/06/2022

1. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; gissele.verdezoto@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0496-490X>
2. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; licha92jul@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3560-4683>
3. Médico General; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; diego_nicolalde@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0003-0038-2494>
4. Médico; Investigador Independiente; Manta, Ecuador; manney_yip@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5811-6119>

CORRESPONDENCIA

Gissele Stephanie Verdezoto Unaicho

gissele.verdezoto@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

La displasia del desarrollo de la cadera, se encuentra más asociada a un proceso biológico que a uno congénito. Consiste en una anomalía en la articulación coxofemoral que se identifica por su laxitud o irregular posicionamiento de la cabeza femoral con respecto al acetábulo, condición que a su vez circunscribe un espectro de anomalías que van desde el aplanamiento del acetábulo o displasia acetabular hasta una luxación completa de la cabeza femoral fuera de la articulación. El objetivo del presente estudio es el de revisar y referir literatura vigente entorno a la displasia del desarrollo de la cadera, y para ello se ha llevado a adelantado una investigación de diseño documental en el marco de una metodología de revisión. En los resultados se aportan conceptos, causas, tipos, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de esta condición. y Se concluye que éste tipo de patología consiste en una entidad clínica con un diverso espectro de deformidades que generalmente ocurre en la etapa perinatal, pero también puede originarse posteriormente. El examen clínico se sigue considerando primordial, cada vez más cobran importancia la complementariedad de los estudios de imagen, de allí que la combinación de éstos se cree el modelo diagnóstico ideal.

Palabras clave: Articulación Coxofemoral, Luxación Teratológica, Oligohidramnios, Arnés de Pavlik, Almohada de Frejka.

ABSTRACT

Developmental dysplasia of the hip is more associated with a biological process than with a congenital one. It consists of an abnormality in the coxofemoral joint that is identified by its laxity or irregular positioning of the femoral head with respect to the acetabulum, a condition that in turn circumscribes a spectrum of anomalies that range from flattening of the acetabulum or acetabular dysplasia to complete dislocation of the femoral head out of the joint. The objective of this study is to review and refer to current literature on developmental dysplasia of the hip, and for this purpose, a documentary design research has been carried out within the framework of a review methodology. The results provide concepts, causes, types, risk factors, diagnosis and treatment of this condition. and It is concluded that this type of pathology consists of a clinical entity with a diverse spectrum of deformities that generally occurs in the perinatal stage, but can also originate later. The clinical examination is still considered essential, the complementarity of imaging studies is becoming increasingly important, hence the combination of these is believed to be the ideal diagnostic model.

Keywords: Coxofemoral Joint, Teratological Dislocation, Oligohydramnios, Pavlik Harness, Frejka Pillow.

RESUMO

A displasia do desenvolvimento da anca está mais associada a um processo biológico do que a um processo congénito. Consiste numa anomalia na articulação coxofemoral que é identificada pela sua frouxidão ou posicionamento irregular da cabeça femoral em relação ao acetábulo, uma condição que por sua vez circunscribe um espectro de anomalias que vão desde a achatação do acetábulo ou displasia acetabular até ao deslocamento completo da cabeça femoral para fora da articulação. O objectivo deste estudo é rever e consultar a literatura actual sobre displasia do desenvolvimento da anca, e para este efeito, foi realizada uma investigação de concepção documental no âmbito de uma metodologia de revisão. Os resultados fornecem conceitos, causas, tipos, factores de risco, diagnóstico e tratamento desta patologia. e conclui-se que este tipo de patologia consiste numa entidade clínica com um espectro diversificado de deformidades que geralmente ocorrem na fase perinatal, mas que também podem ter origem mais tarde. O exame clínico é ainda considerado essencial, a complementaridade dos estudos de imagem está a tornar-se cada vez mais importante, pelo que se acredita que a combinação destes é o modelo de diagnóstico ideal.

Palavras-chave: Articulação Coxofemoral, Deslocamento Teratológico, Oligohydramnios, Pavlik Harness, Almofada de Frejka.

Introducción

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC / DDH, por sus siglas en inglés), es también conocida como: displasia del desarrollo de la articulación de la cadera; displasia congénita de la cadera; dislocación congénita de la cadera; dislocación en el desarrollo de la cadera; que en términos sencillos se asocia a la dislocación (luxación) de la articulación de la cadera. (Enciclopedia Médica A.D.A.M., 2019) Sin embargo, en Nally & Galeano (2021) categóricamente se le define como:

una anomalía de la articulación coxofemoral que se caracteriza por una laxitud o posicionamiento anormal de la cabeza femoral con respecto al acetábulo, e incluye un espectro de alteraciones que van desde el aplanamiento del acetábulo o displasia acetabular hasta una luxación completa de la cabeza femoral fuera de la articulación. (pág 159)“La displasia del desarrollo de la cadera causa subluxación o luxación; puede ser unilateral o bilateral” (Boyadjiev, 2020)

En algunos casos de DDC, los signos o síntomas no se evidencian con facilidad, sin embargo, es importante cerciorarse si externamente se evidencian alguno de los siguientes características.

- Piernas de diferentes longitudes
- Pliegues de piel desigual en el muslo
- Menos movilidad o flexibilidad en un lado
- Cojear, caminar de puntillas o andar como un pato. (Boston Medical Center, 2022)

Brenes, Flores, & Meza (2020) refieren que se han determinado ciertos factores de riesgo que resulta ser firmes predictores de ésta patología.

Su prevalencia e incidencia es bastante variable, ya que su medición depende muchos factores, que van desde la región o ubica-

ción del estudio hasta el método investigativo utilizado (Brenes, Flores, & Meza, 2020; Nally & Galeano, 2021), sin embargo. Los expertos fundamentalmente refieren una tendencia de mayor ocurrencia en el sexo femenino.

Aunque el examen clínico sigue siendo un pilar fundamental para diagnosticar DDC en la infancia temprana, no todos los casos son detectables por el mismo, por ello, los estudios de imagen se han hecho populares en todo el mundo para el cribado o la confirmación diagnóstica, así como para clasificar la gravedad de la displasia. La intención del manejo de la DDC es lograr una reducción estable y concéntrica de la cadera para asegurar que cualquier alteración se corrija adecuadamente, y las opciones de tratamiento varían según la edad de presentación y cuál es la condición del paciente a lo largo del espectro de la enfermedad. (Brenes, Flores, & Meza, 2020)

El presente estudio tiene el objetivo de encontrar y referir criterios expertos que expliquen la displasia del desarrollo de la cadera (DDC/DDH). Es por ello que, mediante el adelanto de una investigación con diseño bibliográfico y una metodología de revisión, a continuación, se expondrá sobre: definiciones, causas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la DDC.

Materiales y Métodos

Este trabajo investigativo encuadra en un diseño documental y una metodología de revisión, dado que se efectúan algunas búsquedas automatizadas, identificación, selección, análisis, interpretación y referenciación de diversos tipos de contenidos científico académicos.

Se decide seleccionar, preferiblemente, solamente los contenidos en los que se evidencia la mayor coincidencia posible respecto a la DDC, según entienda del título de la obra, su resumen o contenido; a fines de que todo ello favorezca el conocimiento y la propia exposición.

Las pesquisas se efectúan en mayo del corriente, tomando en consideración los distintos tipos de fuentes informativas, es decir, tanto en formato físico como electrónico.

Los criterios de calidad y recopilación que se tomó en cuenta para este trabajo de investigación corresponden con un desempeño que fue dividido en cinco fases o etapas.

La primera consistió en la delimitación del tema objeto de investigación y la definición del tipo de documentos que se estima recopilar, figurando entre esos: libros, artículos de revistas, tesis de pre y posgrado y doctorado; manuales, guías y protocolos de práctica clínica; informes o reportes de casos, actas o presentaciones de conferencias; documentos oficiales e institucionales, otros; incluso, sin distinción de la clase de soporte en que se les encontrase impreso, audiovisual o digitalizado.

En la segunda, se definió la cobertura investigativa, considerando preceptos tales como: especie objeto de estudio (humana); asunto principal (Displasia del desarrollo de la cadera + DDC + DDH) y secundarios (DDC +patología +etiología~ +síntomas~ +diagnóstico~ +tratamiento~); tipo de estudio (revisión sistemática, estudio observacional, reporte de casos, síntesis de evidencia, revisión sistemática de estudios observacionales, estudio diagnóstico, guía de práctica clínica, estudio de etiología, factores de riesgo, estudio de tamizaje, estudio pronóstico, estudio de incidencia, estudio de prevalencia y otros) temporalidad (publicaciones en los últimos 10 años); idioma (español e inglés) y área geográfica (bibliografía local, regional o de otras regiones de habla hispana e inglesa).

En la tercera fase, se ajustó el planteamiento objeto de investigación al lenguaje técnico científico o documental, siendo utilizado en este proceso el Tesauro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) mediante el cual se pudo verificar los términos de búsqueda equivalentes en español e inglés, que son:

Dislocación de Cadera en Desarrollo y Developmental Dysplasia of the Hip. Ambos se consideraron en los procesos de consulta.

En el cuarto paso, se dispuso que entre las bases de datos y portales a escrutar serían: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), PubMed, Redalyc, MedlinePlus, IntraMed, Scielo, portales regionales e internacionales, repositorios de instituciones universitarias, revistas científicas, institutos de salud, entre otras.

En la quinta y última etapa se culmina el proceso de revisión de la literatura, derivada de los procesos de: a) recolección y selección, conforme a criterios de pertinencia, exhaustividad y vigencia; b) clasificación y organización, en base al tema específico; y c) análisis y síntesis de los textos, de acuerdo a los criterios de calidad adecuados para la presente investigación y a su lectura crítica. Es así como, entonces, se consigue la colección definitiva de los documentos a utilizar y referir como fundamento de este trabajo investigativo.

Para finalizar con esta sección, también es importante precisar que se descartó todo aquel contenido que se halló repetido (duplicado) por haberse encontrado en alguno de los procesos de búsqueda previos en cualquiera de las bases de datos y repositorios utilizados, así como también, todo aquel material bibliográfico que se distinguió como una editorial o cartas editoriales, anotaciones académicas y otros tipos de recursos de escaso valor científico, con bajo nivel de evidencia o aportado por tratadistas sin acreditación en el área de ciencias de la salud o medicina humana, o que no fundamentasen su aporte en fuentes científico académicas.

Resultados

Ante todo, se debe tener presente que, el uso de la expresión displasia del desarrollo es la manera más propia para indicar que, pues se han dado muchos casos en los que su aparición no surge al momento del naci-

miento (Nally & Galeano, 2021); condición ésta que, por cierto, se definiría como displasia congénita de la cadera.

La luxación de la cadera es la pérdida completa de contacto entre la cabeza femoral y el acetábulo. Puede dividirse en dos tipos: la primera, una luxación teratológica que ocurre en etapas tempranas de la vida intrauterina, frecuentemente asociada a trastornos neuromusculares como artrogriposis, mielodisplasia o diversos síndromes dismórficos; y la segunda, aquella que ocurre en el niño sin otra patología prenatal o posnatal. (Nally & Galeano, 2021, pág. 162)

Es valioso tener claro que, lo normal en una cadera es, que el extremo superior del fémur esté rodeado por el acetábulo (la cavidad de la cadera), entonces, cuando se habla de una cadera con displasia es porque existe una anomalía en la formación ya sea de: la cabeza del fémur, del acetábulo o de los otros tejidos blandos de apoyo, y ello es lo que ocasiona frecuentes dislocaciones de la cadera, porque el contacto entre el fémur y el acetábulo es inestable o está suelto (Figura 1.). (Ada Health GmbH, 2022)

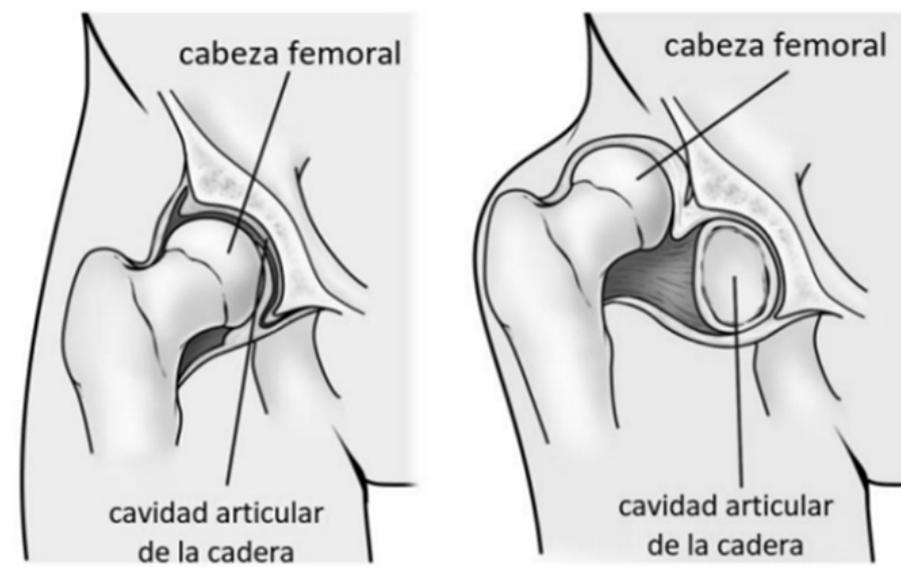


Figura 1. Comparación ilustrativa entre una cadera normal y una cadera dislocada.

Nota: Cadera Normal (izquierda). DDC grave (derecha)

Tomado de Displasia del desarrollo de la cadera (DDH). Lightcap & Swarup (2022). p.1. Ed. UCSF Benioff Children's Hospital – Oakland. Recuperado de: https://www.ucsfbenioffchildrens.org/conditions/developmental-dysplasia-of-the-hip#Patient_resources

El desarrollo de la cabeza femoral y del acetábulo están muy relacionados con la etapa embrionaria, ya que la presión de la cabeza femoral sobre el acetábulo contribuye a su troquelado en bóveda. Seguirá su desarrollo en la época postnatal, formándose el labrum, que circunda el acetábulo óseo, haciéndose más profunda la cavidad. La evolución del 60-80% de las displasias evolutivas de caderas detectadas en los

exámenes clínicos evolucionan favorablemente de forma espontánea en 2-8 semanas y el 90% de las ecográficamente positivas serán normales 1,5-6 meses después. (Sánchez, Valenzuela, & Blanco, 2015)

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. (Lightcap & Swarup, 2022)

Etiología

Se cree que factores fisiológicos, mecánicos y genéticos están implicados en la DDC, aunque en realidad se desconoce la etiología. Existen posibles factores intrínsecos, como una disminución de la resistencia para la luxación, el acetábulo aplanado o la laxitud del tejido conectivo. También se detallan factores extrínsecos, como la posición dentro del útero, entre ellos el más significativo es el de situación podálica que se presenta en aproximadamente el 3 % de los partos (25 % de riesgo). Entre los factores mecánicos, que son aquellos asociados al espacio restringido en el útero, se encuentra la compresión mecánica con restricción espacial de los movimientos, que se acentúa en etapas tardías de la gestación, para tener en cuenta en el oligohidramnios, en el primer embarazo, en fetos macrosómicos y en el útero bicorne. (Nally & Galeano, 2021, pág. 162)

Factores de riesgo

Los estudios realizados acerca de esta patología han tenido como objetivo la identificación de factores de riesgo que incluyen: la posición prenatal (presentación podálica o de nalgas [a partir de la semana 34 de edad gestacional]), factores genéticos (antecedentes familiares, sexo femenino, parto gemelar) y factores ambientales (madre primípara, prematuridad), u otros como oligohidramnios. El parto por cesárea no se considera factor de riesgo. (Brenes, Flores, & Meza, 2020)

Conforme a lo indicado por Abril, Vara, Egea, & Montero (2019), existen tres fac-

tores mayores de riesgo o fundamentales, que son:

- Sexo femenino: relacionado con la sensibilidad a los estrógenos producido en el feto femenino y aumento de relaxina, que provoca un aumento de la laxitud ligamentosa.
- Presentación podálica: presentando mayor riesgo si se asocia a extensión de rodillas (nalgas puras).
- Antecedentes familiares de DDC: el riesgo aumenta cuando hay algún hermano afectado a un 6%, si está afectado uno de los padres al 12% y un 36% si están afectados un hermano y uno de los padres, y una concordancia del 43% en gemelos dicigóticos.

Hay otros factores de riesgo menores que deben ser tomados en cuenta: macrosomía fetal, gestación múltiple, presencia de miomas uterinos, útero bicórneo, amniocentesis o edad materna avanzada. Además, la DDC puede asociarse a: tortícolis muscular congénita, asimetría facial, pie talo valgo o metatarso varo. Así mismo, esta enfermedad se asocia con otras causas de restricción de espacio intrauterino que influyen sobre la cadera. Los recién nacidos prematuros nacidos con presentación de nalgas parecen tener una incidencia similar de DDC a los recién nacidos a término. (Abril, Vara, Egea, & Montero, 2019, pág. 177)

Diagnóstico

Raimann & Aguirre (2021) han asegurado que, en la actualidad se discute respecto a la forma de pesquisar esta patología, por ejemplo, la recomendación de la Academia Americana es efectuar un tamizaje clínico sin distinción en toda la población infantil y apoyarse en las imágenes sólo en los casos asociados con factores de riesgo; no obstante, en Austria, a todos los lactantes de entre 4 y 6 semanas de edad, se les practica el tamizaje con ecografía. Aparte, estos mismos tratadistas han destacado que, en

lo que concierne a Chile, desde principios de los años 70 se realiza tamizaje universal con radiografía de pelvis a todos los niños a los 3 meses de edad, siendo este criterio establecido en base a la labor del Dr. Alfredo Raimann Neumann y los aportes radiológicos del Dr. Armando Doberti,

Recomendaciones en la detección de la población de riesgo

Examen físico dirigido

El examen clínico que permite realizar esta pesquisa a los niños es fundamental para hacer un diagnóstico temprano en la mayoría de los pacientes. Deben valorarse la asimetría de pliegues cutáneos, la asimetría de la longitud de las extremidades, la limitación en la abducción y la presencia de chasquidos audibles durante la realización de las maniobras (maniobra de Ortolani y maniobra de Barlow +). Este examen requiere habilidad y paciencia. Se considera que es operador dependiente, ya que, si el pediatra se enfoca en la pesquisa de asimetría, corre el riesgo de pasar por alto una alteración bilateral. Los signos clínicos pueden estar ausentes en pacientes con displasia acetabular sin luxación. Primero, debemos buscar una limitación de abducción (se aleja de la línea media del cuerpo) y flexionar ambas caderas buscando un ángulo de 90° para luego permitir un movimiento suave de apertura. La asimetría se detecta comparando la amplitud del movimiento de cada cadera y evaluando el grado de resistencia entre los dos lados con un aumento gradual y delicado de la abducción.

En la maniobra de Barlow, una mano estabiliza la pelvis mientras la otra sostiene la rodilla y flexiona la cadera formando un ángulo de 90°; los dedos de esa mano deben colocarse por encima del trocánter mayor y aducir (aproximar a la línea media) la cadera de 10° a 20° aplicando una presión suave. Se debe detectar un clic correspondiente a la cabeza del fémur que se desplaza del borde del acetábulo.

En la maniobra de Ortolani, se deben flexionar ambas piernas y caderas hasta 90°. El pulgar sostiene la parte interna de la rodilla mientras que el 2.º y el 3.º dedo se colocan sobre el trocánter mayor abduciendo la cadera en forma paulatina mientras los dedos intentan introducir la cabeza dislocada del fémur dentro del acetábulo. Si se oye un clic, será porque la cadera se redujo.

Anamnesis focalizada en la detección de factores de riesgo

1. Antecedentes familiares de displasia de cadera: hay una predisposición genética asociada al riesgo de DDC, que aumenta el 6 % con la existencia de un hermano con dicha patología y padres sin antecedentes. Con un progenitor comprometido, las probabilidades aumentan el 12 %, y ambas situaciones sumadas elevan el riesgo al 36 %.

Se toma como promedio que el 20 % de pacientes que poseen antecedentes familiares podrían desarrollar una DDC.

2. Primigesta, oligohidramnios y presentación podálica: entre el 30 % y el 50 % de los niños con presentación podálica desarrollarían DDC por influencia en la postura de las caderas dentro del útero. Se ha informado que el 16 % de los niños con DDC habrían tenido dicha presentación dentro del útero, con caderas en flexión y rodillas en extensión.

3. Síndromes de hiperlaxitud articular: síndrome de Ehlers Danlos y síndrome de Down.

4. Malformaciones posicionales: condiciones asociadas a la constricción del útero, como tortícolis congénita asociada a fibromatosis colli; deformidades de los pies, como pie bot, metatarso aducto; escoliosis y deformaciones por moldeamiento de la bóveda craneal, como plagiocefalia, entre otras, tienen una vinculación mayor con la DDC.

5. Malformaciones congénitas esqueléticas: artrogriposis, escoliosis, mielomenin-

gocele y síndrome de regresión caudal se encuentran asociados a la displasia de cadera teratológica. Es una categoría especial de luxación en recién nacidos con un trastorno neuromuscular subyacente en el que la cadera se luxa en etapas tempranas de la gestación y causa cambios acetabulares y femorales significativos. Como se mencionó, conforman un porcentaje pequeño, pero son las más difíciles de tratar.

Utilización de imágenes diagnósticas complementarias a la evaluación clínica

A. Ecografía estática y dinámica

B. Radiografía

C. Resonancia magnética. (Nally & Galeano, 2021, pág. 163)

En los casos de sospecha acaecida después de los 4-6 meses, es preferible la clásica radiografía en posición Van Rosen (en decúbito supino con abducción y rotación externa de 45°). Antes de esa edad, la radiografía no visualiza el componente acetabular cartilaginoso y puede inducir a errores. Debe quedar simétrica, bien centrada, con los agujeros obturadores de la misma anchura, con las metáfisis femorales proximales iguales y pudiendo visualizar los trocánteres menores. (Sánchez, Valenzuela, & Blanco, 2015, pág. 4)

Tratamiento

Según Abril, Vara, Egea, & Montero (2019), definitivamente es posible revertir la displasia si se logra tratar de forma precoz. Esto, a su vez dependerá del diagnóstico oportuno por parte del pediatra o el médico de cabecera (en quienes recae esa función principal), por cuanto deberán apoyarse fundamentalmente en una meticulosa exploración y en los factores de riesgo (Figura 1) ya conocidos. En cualquier caso, la ecografía facilitará su evidencia. Cuando la terapia es tardía, acarreará múltiples actuaciones médicas, que eventualmente derivarán en resultados no tan favorables.

“En caso de ausencia de tratamiento, en 12 meses, podrían evolucionar hacia una incapacidad grave” (Sánchez, Valenzuela, & Blanco, 2015)

En este mismo sentido Boyadjiev (2020) explica que:

El tratamiento temprano de la displasia es crucial. Cualquier demora reduce en forma sostenida la posibilidad de corrección sin cirugía. Por lo general, la cadera puede reducirse inmediatamente después del nacimiento, y con el crecimiento, el acetábulo puede formar una articulación casi normal. El tratamiento consiste en dispositivos, la mayoría de las veces el arnés de Pavlik, que mantienen las caderas afectadas en abducción y rotación externa. La almohada de Frejka y otras férulas pueden ser útiles. Los pañales almohadillados y el doble o triple pañal no son eficaces, y no deben ser usados para corregir una displasia de cadera.

En cuanto al tratamiento ortopédico, Sánchez, Valenzuela, & Blanco (2015) exponen que, se fundamente en conservar perennemente por el lapso de 2 a 3 meses, mediante el uso de una férula que permita cierta movilidad pero que conserve las caderas en flexión y abducción.

Las principales terapias que han demostrado eficacia son: arnés de Pavlik, cojín de Frejka, calzas de yeso en abducción y tracción de partes blandas con abducción progresiva. La aplicación de doble o triple pañal no es recomendable, ya que nunca se ha podido demostrar su eficacia.

La efectividad del tratamiento ortopédico es muy elevada y mayor cuanto más precoz. Si por el exceso de presión se impide la irrigación de la cabeza femoral puede facilitarse la aparición de su necrosis aséptica. En los casos de diagnóstico tardío (sobre todo a partir del sexto mes) o en aquellos que no responden bien al tratamiento ortopédico, puede ser necesaria la cirugía correctora mediante tenotomía de aductores o del

psosas, reducción quirúrgica, osteotomía femoral o del hueso ilíaco. Las posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico son necrosis avascular, displasia residual, fallo en la reducción y, a largo plazo, mayor incidencia de osteoartritis. (pág. 5)

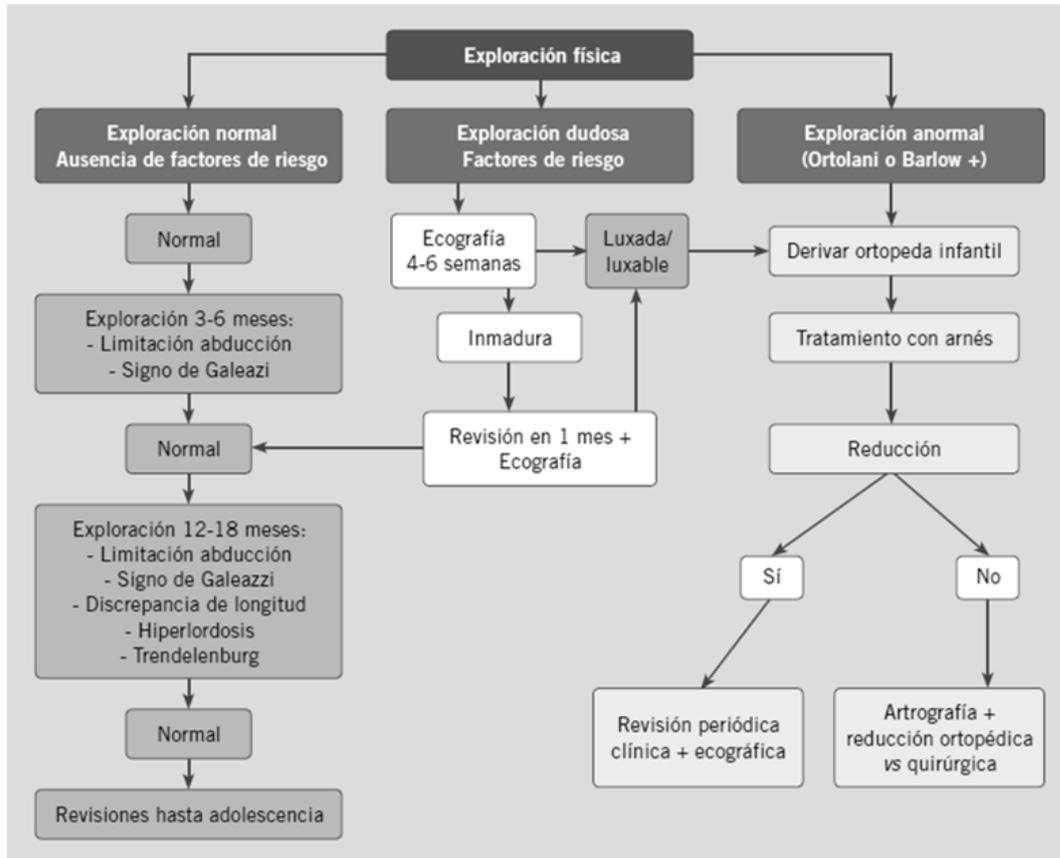


Figura 2. Algoritmo. Tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC).

Nota: Tomado de Displasia del desarrollo de la cadera y trastornos ortopédicos del recién nacido. Abril, Vara, Egea, & Montero (2019). 23(4) p. 186. Ed. SEPEAP. Recuperado de: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii04/01/n4-176-186_JuanAbril.pdf

Conclusión

Con base en las fuentes consultadas es posible comprender que, la DDC consiste en una entidad clínica con un diverso espectro de deformidades que incluyen desde una ligera incongruencia entre la superficie articular coxofemoral, hasta la salida completa de la cabeza femoral del acetábulo, que vendrían siendo los casos más severos. Así mismo, queda claro que esta inquietante patología generalmente ocurre en la etapa perinatal, pero también puede originarse posteriormente.

Si bien el examen clínico se sigue considerando primordial, cada vez más cobran importancia la complementariedad de los estudios de imagen, de allí que la combinación de éstos se cree el modelo diagnóstico ideal. Mientras más oportuno sea su diagnóstico, más fácil y efectivo resultará su tratamiento y mejor pronóstico.

Bibliografía

Abril, J., Vara, I., Egea, R., & Montero, M. (junio de 2019). J.C. Abril*, I. Vara Patudo, R.M. Egea Gámez**, M. Montero Díaz**. *Pediatría Integral* [on-line], XXIII(04), 176–186. Recuperado el 16 de mayo de 2022, de <https://www.pediatriaintegral.es/public>

cacion-2019-06/displasia-del-desarrollo-de-la-cadera-y-trastornos-ortopedicos-del-recien-nacido/

Ada Health GmbH. (2022). Condiciones\Displasia congénita de cadera: Ada. Recuperado el 16 de mayo de 2022, de Ada: <https://ada.com/es/condiciones/developmental-dysplasia-of-the-hip/>

Boston Medical Center. (2022). Node\Displasia del desarrollo de la cadera (DDH): Boston Medical Center. Recuperado el 17 de mayo de 2022, de Boston Medical Center: <https://www.bmc.org/es/node/131706>

Boyadjiev, S. (mayo de 2020). Profesional\Pediatría\Malformaciones Congénitas Craneofaciales y Musculoesqueléticas\Displasia del desarrollo de la cadera (DDC): Manual MDS. Recuperado el 16 de mayo de 2020, de Manual MDS: <https://www.msdmanuals.com/es-ve/profesional/pediatr%C3%ADa/malformaciones-cong%C3%A9nitas-craneofaciales-y-musculoesquel%C3%A9ticas/displasia-del-desarrollo-de-la-cadera-ddc>

Brenes, M., Flores, A., & Meza, A. (septiembre de 2020). Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e574. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.574>

Enciclopedia Médica A.D.A.M. (2019). Displasia del desarrollo de la cadera. Recuperado el 16 de mayo de 2022, de medlinePlus.gov: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000971.htm#:~:text=Displasia%20del%20desarrollo%20de%20la%20cadera%20\(DDC\)%20es%20una%20dislocaci%C3%B3n,en%20beb%C3%A9s%20o%20ni%C3%B1os%20peque%C3%B1os.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000971.htm#:~:text=Displasia%20del%20desarrollo%20de%20la%20cadera%20(DDC)%20es%20una%20dislocaci%C3%B3n,en%20beb%C3%A9s%20o%20ni%C3%B1os%20peque%C3%B1os.)

Lightcap, J., & Swarup, I. (2022). Patient Education\Conditions\D\Developmental Dysplasia of the Hip (DDH): UCSF Benioff Children's Hospital Oakland. Recuperado el 17 de mayo de 2022, de UCSF Benioff Children's Hospital Oakland: https://www.ucsfbenioffchildrens.org/conditions/developmental-dysplasia-of-the-hip#Patient_resources

Nally, A., & Galeano, M. (agosto de 2021). Recomendaciones en la pesquisa y diagnóstico de la displasia del desarrollo de las caderas. (S. A. Pediatría, Ed.) *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(4), 159-170. doi:10.5546/aap.2021.S159

Raimann (+), R., & Aguirre, D. (2021). Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje y manejo en el lactante. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(3), 263-270. doi:10.1016/j.rmclc.2021.04.003

Sánchez, F., Valenzuela, Ó., & Blanco, A. (2015). Algoritmos\Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Prevención de la displasia evolutiva de caderas. AEPap. 2015. (AEPAP, Ed.) Recuperado el 17 de mayo de 2022, de aepap.org: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/displasia.pdf>

CITAR ESTE ARTICULO:

Verdezoto Unaicho, G. S., Córdor Navas, L. M., Chimbo Nicolalde, D. X., & Yip Li, M. S. (2022). Displasia del desarrollo de la cadera. *RECIMUNDO*, 6(3), 12-21. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.12-21](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.12-21)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.