

TRATAMIENTO CON ARNES DE PAVLIK EN DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO. REPORTE DE CASO HOSPITAL GENERAL NORTE IESS LOS CEIBOS

Dra. María Dolores Delgado ¹, Md. Andrea Rojas Ponce ², Md. Ernesto Vera López ³,
Md. Manuel Arcos González ⁴

Especialista de Traumatología y Ortopedia Hospital General Norte IESS Los Ceibos 1

Médico General 2

Médico Residente del Hospital Alcívar 3

Médico General 4

RESUMEN

La displasia de cadera es una patología multifactorial en la que existe anomalía entre la cabeza del fémur y el acetábulo, esta patología presenta varios nombres entre ellos displasia del desarrollo de la cadera, una de las características es la exploración física del paciente con las maniobras positivas, además que su diagnóstico es por método complementario, como la ecografía al primer mes y radiografía de pelvis a partir del segundo mes de vida, recomendando como tratamiento ortopédico por varios autores el arnés de Pavlik.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 10 meses de edad, refieren padres de familia que paciente con nacimiento podálico a término, con talla y peso normal para la edad gestacional con Apgar 1' 8 - 5' 10, además como antecedente prenatal Oligohidramnios que evoluciona favorablemente, no presenta antecedentes familiares, a su nacimiento se realiza examen físico. Médico Pediatra sugiere realizar ecografía de control a los 30 días. Padres realizan ecografía de cadera donde evidencia Graff IIB, posteriormente se realizan control con traumatología Pediátrica en el Hospital IESS Ceibos, se evalúan pliegues y maniobras los cuales resultan negativo, y como examen complementario se realiza radiografía de pelvis anteroposterior. Paciente es diagnosticada con Displasia de Cadera, se envía arnés de Pavlik usar 23h al día, todos los días, y realizar controles subsecuentes mensuales. Se presenta radiografía de Pelvis AP de menor a los 2 meses de edad. En donde se observa mejoría clínica por lo que se retira el arnés de Pavlik a los 6 meses de edad y se sugiere nuevo control en 3 meses. Paciente es dada de alta sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Displasia, Congénita, Multifactorial, Radiografía, arnés

ABSTRACT

Hip dysplasia is a multifactorial pathology in which there is an abnormality between the head of the femur and the acetabulum. This pathology has several names, including developmental dysplasia of the hip. One of the characteristics is the positive maneuvers in the physical examination of the patient. In addition, its diagnosis is made by complementary methods such as ultrasound at the first month and pelvic x-ray from 2 months of life, recommending the Pavlik Harness as orthopedic treatment by several authors.

CLINICAL CASE: A 10-month-old female patient, parents refers that patient with breech birth at term, with normal height and weight for gestational age with Apgar 1' 8 - 5' 10, in addition to prenatal history of Oligohydramnios that evolves favorably, does not present family history, at birth a physical examination is performed. Pediatrician suggests to perform control ultrasound at 30 days. Parents perform hip ultrasound where evidence Graff IIB, subsequent control is performed with Pediatric traumatology at the IESS Ceibos Hospital, folds and maneuvers are evaluated which are negative, and a Pelvic AP X-ray is performed as a complementary examination. The patient is diagnosed with Hip Dysplasia and is sent a Pavlik harness to be worn 23 hours a day, every day, and subsequent monthly check-ups are performed. Pelvic AP X-ray of less than 2 months of age is presented. Where clinical improvement is observed, so the Pavlik harness is removed at 6 months of age and a new control is suggested in 3 months. Patient is discharged without complications.

KEYWORDS: Dysplasia, Congenital, Multifactorial, Radiography, Harness

INTRODUCCIÓN

El término displasia de cadera hace referencias a anomalías estructurales de la cadera, patología multifactorial porque puede ser a causa hereditaria, gestacionales u ambientales. Se la conoce de distintas maneras entre ellas tenemos Luxación congénita de la Cadera, Displasia congénita de la Cadera, Displasia del desarrollo de la Cadera (DDC), enfermedad congénita de la cadera, enfermedad del desarrollo de la cadera (EDC), mismos nombre que en la actualidad se mantienen debido a que se sigue discutiendo el momento de aparición (1). La cadera está conformada por la articulación coxofemoral de tipo diartrosis, formada por la parte ósea acetabular (ilion, isquion y pubis) cumpliendo la principal función que es la biomecánica y la distribución de cargas, permitiendo movimientos como: flexión, extensión, aducción, rotación, circunducción. (2)

Esta patología es la anomalía que existe entre la cabeza del fémur y el acetábulo porque no se encuentran alineados, lo que puede ser una luxación reducible o no reducible, dando como resultado una cadera luxada. El término displasia fue sustituido en la actualidad porque las mayorías de las caderas no están luxadas al nacimiento y otras no evolucionan hasta luxación. El término "congénita" es discutido en la actualidad por lo que esta alteración articular puede ser del periodo prenatal, así como también posnatal, al momento se define como "Displasia del Desarrollo de la Cadera- DDC o Displasia Evolutiva de la Cadera DEC. (3)

En la exploración física en los niños menores de 1 año las pruebas características a realizar son la de Ortolani (Reducción de la cadera luxada), Prueba de Barlow (Luxación de Cadera reducida), Prueba de Thomas, además se observa diferentes signos como: Galeazzi además de acortamiento relativo del miembro y asimetrías de los pliegues. (4) (Fig. 1).



Fig.1: Asimetría de Pliegues. Displasia de Cadera. (13)

Los factores de riesgo para la Displasia de desarrollo de la Cadera son varios, entre ellos mencionamos: genéticos, prenatales (hormona relaxina relacionada con la laxitud), postnatales, sexo femenino, antecedentes familiares, presentación de nalgas, alto peso al nacer, oligohidramnios, hormonales, nutricionales, primigesta, embarazo múltiple. (5) En la etapa prenatal además se presenta algunas semanas de riesgo; semana 12 de gestación, cadera en riesgo por giros fetales de miembros inferiores medialmente, 18 semanas de gestación problemas en el desarrollo muscular de pelvis y cadera y durante las últimas 4 semanas de gestación las fuerzas mecánicas tienen un papel importante, también la presentación de nalgas en un 23 % y el oligohidramnios en un 13,3 %. (6)

Para el diagnóstico en los primeros meses de vida es recomendable la ecografía porque permite la mejor visualización de la cabeza femoral y el acetábulo, así como su estabilidad articular su sensibilidad es el 100%, cabe indicar como examen complementario aquellos menores que salgan normal su ecografía pero que presenten factores de riesgo o un examen físico anormal se recomienda una radiografía de control a partir de los 3 meses. (7)

La Radiografía se recomienda a partir de los dos meses realizando un screening de pelvis AP (recomendación C) (8). En este estudio se visualizan algunas líneas referenciales A. Línea de Hilgenreiner, que une a los cartílagos trirradiados. B. Línea que va desde el cartílago trirradiado y que pasa entre los dos pilares externos del acetábulo. C. Índice acetabular es el ángulo formado por las dos líneas anteriores, Normal = 30° D. Línea de Perkins: línea que pasa por el borde más lateral del acetábulo, formada por la línea de Hilgenreiner, y los cuadrantes e Putti. Normalmente el núcleo de osificación de la cabeza femoral se encuentra en el cuadrante inferomedial. E. Línea de Hilgenreiner, que une a los cartílagos trirradiados (7) (Fig. 2).

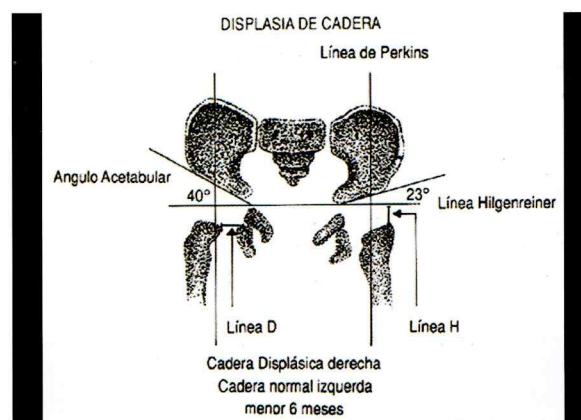


Fig. 2: Displasia de Cadera Derecha, Cadera izquierda normal menor de 6 meses. Protocolo para el diagnóstico temprano de la Displasia Evolutiva de Cadera. (12)

El tratamiento de la Displasia de Cadera es Ortopédico se basa en el uso del arnés de Pavlik, Cojín de Frejka, Botas de yeso en abducción, Calzón de yeso en posición humana, Tracción de partes blandas con abducción progresiva. El arnés de Pavlik es el método universalmente aceptado por presentar menos complicaciones (necrosis avascular entre 0 -28%), por lo que se recomienda su uso hasta los 6 meses de edad (8). El arnés de Pavlik está diseñado para posicionar la cadera del bebé se alineen con la articulación, luego del tratamiento con el harnes existe el riesgo de desarrollo lento o incompleto del acetábulo. (9) El uso del arnés debe ser cómodo sin ejercer zonas de presión manteniendo la cadera con flexión 100° y abducción 60°, rodillas en flexión de 90° El retiro definitivo puede realizarse de forma brusca o progresivamente en caso de persistencia de cadera, para que se pueda ocasionar una falla en el tratamiento debe de existir factores de riesgo como son caderas en estadio III Y IV de Tonnis, IV Graff, no reductibles, como complicaciones se pueden presentar necrosis avascular, parálisis del plexo braquial y del nervio femoral. (10) (Fig. 3).

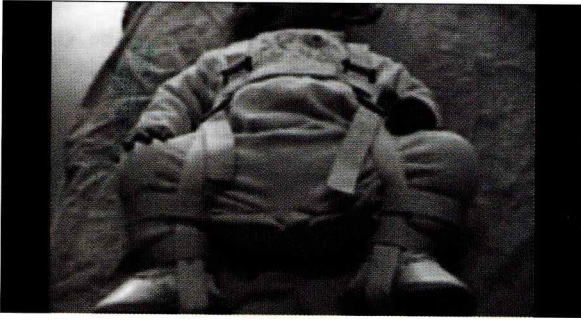


Fig3: Arnés colocado. Flexión 100° Abducción 60°.0. Tratamiento de la displasia de cadera con arnés de Pavlik (10).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 10 meses de edad refieren padres de familia, paciente con nacimiento podálico a término, con talla y peso normal para la edad gestacional con Apgar 1' 8 - 5' 10, además como antecedente prenatal Oligohidramnios que evoluciona favorablemente, no presenta antecedentes familiares, a su nacimiento se realiza examen físico, muestra paciente diástasis de rectos abdominales. Médico Pediatra sugiera realizar ecografía de control a los 30 días. Padres realizan ecografía de cadera donde evidencia Graff IIB, posterior se realizan control con traumatología Pediátrica en el Hospital IESS Ceibos, se evalúan pliegues y maniobras los cuales resultan negativo y como examen complementario se realiza radiografía de pelvis AP. (Fig. 4). Paciente es diagnosticada con Displasia de Cadera, se envía arnés de Pavlik usar 24h todos los días y realizar controles subsecuentes. Se presenta Rx de Pelvis AP de menor a los 6 meses de edad (Fig. 5). En donde se observa mejoría clínica por lo que se retira el arnés de Pavlik a los 6 meses de edad y se sugiere nuevo control en 3 meses. Paciente es dada de alta sin complicaciones.



Fig. 5: Niña 2 meses de edad con Displasia de Cadera Derecha Ángulo acetabular mayor a 26°, no se observa Núcleos. Hospital IESS CEIBOS 2019.

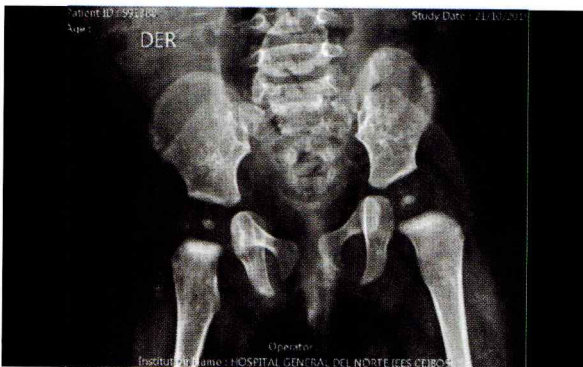


Fig. 5: Niña 6 meses de edad con Displasia de Cadera Derecha Ángulo acetabular menor a 26°, se observa Núcleos. Hospital IESS CEIBOS 2019.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de Displasia de Desarrollo de Cadera. La frecuencia que se presenta esta patología a nivel internacional y nacional es de 1/1000 niños al nacer, además como hemos indicado la paciente presenta los factores de riesgo que se encuentran descritas en la literatura médica. (5) Observamos en este caso que en su exploración física al nacimiento solo se observó la diástasis de los rectos y en su consulta con el servicio de traumatología no mostró ni signos positivos ni maniobras de Ortolani y Barlow positivos como se observan en estos pacientes según bibliografía. (4) En relación a su diagnóstico se sugirió a los padres realizar una ecografía de control por presentar factores de riesgo y aunque inicialmente la ecografía evidenció Pelvis grado IIB en escala de Graff la Rx ap pelvis a los 2 meses evidenció la presencia de displasia, como lo recomienda la Guía práctica clínica de Chile (8) aunque no se observaron aun los núcleos en las radiografías posteriores se mostraron, el tratamiento con el arnés de Pavlik recomendado universalmente mejoró la clínica de la paciente hasta su alta no presentando complicaciones y mejorando su calidad de vida y un desarrollo locomotor adecuado. (9) (10)

CONCLUSIONES

La displasia de Desarrollo de Cadera es una patología no frecuente pero de importancia en su diagnóstico y tratamiento, ya que es multifactorial debemos tener en cuenta antecedentes al momento del nacimiento e indicar a los padres de familia la conducta a seguir, el diagnóstico oportuno de esta patología ayudará a no presentar complicaciones al momento de iniciar la deambulación y su desarrollo locomotor, además el uso del arnés de Pavlik cada día las 23 horas ayudará a su mejoría clínica.

RECOMENDACIONES

1. Indicar a padres de familia en el periodo prenatal y posnatal control respectivo si presentare factores de riesgo.
2. Dar diagnóstico oportuno por examen físico, maniobras y exámenes complementarios acorde con la edad.
3. Iniciar tratamiento con arnés de Pavlik en menores de 6 meses de edad, las 23 horas del día, evaluando los resultados con controles consecutivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Cabrera Álvarez, I Arturo Pablo Vega Ojeda, II Zenón de la Cruz San Anastasio, III Agustín Pi Gómez, IV Diagnóstico Precoz de la displasia del desarrollo de la cadera, una necesidad. Cuba : Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, 2014. 2.
2. A. r. Lorena. Rodilla, Anatomía de Cadera Y. S.L.: Anatomiaui1, 7 de diciembre de 2014.
3. Bases anatomofuncionales de la articulación de la cadera y su relación con la fracturas. Dr. Ernesto Pérez Triana, Dra. Sandra Bahr Ulloa, MSc. Marena Jordán. Matanzas, Cuba.: Rev Méd Electrón [Internet], Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas., junio de 2018.

4. Exploración del aparato locomotor: cadera y rodilla. AD, Delgado Martínez. Madrid : AEAP 2005, 2005, págs. 161-165.
5. Factores predisponentes para la presencia de desarrollo de displasia de cadera. Carlos A Vidal Ruiz, Jelitze Sosa Colomé. Centro de Rehabilitación Infantil, Mérida, Yucatán: Rev. Mexicana de Traumatología y Ortopedia, 2015.
6. Desarrollo locomotor en niños con displasia de cadera que recibieron tratamiento ortopédico antes del año de vida. Torres, Leslie Pamela Mosquera. Guayaquil : s.n., 2016.
7. Desarrollo displásico de cadera. José manuel delgadillo avendaño, Héctor Alberto Macías Avilés, Romualdo Hernández. México: Revista Mexicana de Pediatría , 2006.
8. Guía Clínica 2010 Displasia Luxante de Cadera. Cadera, Guía Clínica 2010 Displasia Luxante de Cadera. Chile: s.n., 2010.
9. Cadera, Instituto Internacional de Displasia de Cadera. [En línea]
10. Tratamiento de la displasia de cadera con arnés de Pavlik. Lagunas, Roberto Bernal. 1, México., : s.n., 2005, Vol. 1.
11. Fernández, Érica Rodrigues y García, Ester García. Atención integral en los cuidados posnatales en la displasia congénita de cadera. Plan de cuidados.
12. Protocolo para el diagnóstico temprano de la Displasia Evolutiva de Cadera. Espeleta, Dr. José Pablo Muñoz. s.l.: Clínica de la Cadera. Hospital Nacional de Niños.
13. Displasia de Cadera. Isunza-Ramírez, Agustín. México: s.n., 2017, Vol. 36.

Correspondencia:
Dra. María Dolores Delgado
Correo: dramarydelgado@yahoo.es