



DISPLASIA DE CADERA / DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDH)

DEFINICIÓN

Esta enfermedad implica el desarrollo anormal (displasia) de una o ambas articulaciones de la cadera. La forma y/o la orientación de la cavidad (acetábulo) o de la cabeza femoral pueden estar afectadas en diversos grados. Esta anomalía, que suele presentarse al nacer y es más frecuente en las mujeres, provoca un desplazamiento de la articulación de la cadera, que puede ir desde un desplazamiento parcial (subluxación) de la cabeza femoral hasta una cadera totalmente luxada. Si la articulación de la cadera es inestable y está luxada, el diagnóstico inicial probablemente se inicia en la infancia, cuando la afección es más conocida como "displasia del desarrollo de la cadera (DDC)". Por el contrario, cuando la cavidad es lo suficientemente estable como para mantener la cabeza femoral en su sitio, es posible que no se descubra una deformidad de este tipo hasta la adolescencia, o incluso la edad adulta, cuando se manifiestan los primeros síntomas. La patología puede conocerse entonces como "displasia acetabular".

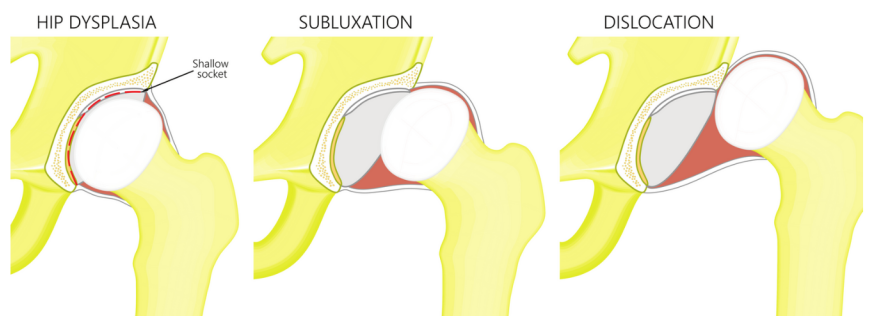
PATIENT INFORMATION FACT SHEET

Otras enfermedades de la cadera que aparecen durante la adolescencia o la infancia también pueden causar displasia de cadera, como la enfermedad de Legg-Calve-Perthes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor en la cadera o en el muslo (que puede extenderse hasta la rodilla), puede ser de larga duración o agravarse por una lesión.
- Si no se trata, puede aparecer degeneración y/o deformidad articular
- Evidencia de alteraciones del crecimiento en el pasado o enfermedad de Legg-Calve-Perthes
- Deformidad residual del acetábulo/cápsula
- Discrepancia en la longitud de la pierna

For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit www.ishasoc.net. Charity registered in England and Wales, number 199165.



DIAGNÓSTICO

Las radiografías se utilizan para confirmar el diagnóstico de displasia de cadera, pero también pueden recomendarse la resonancia magnética (RNM) y la tomografía computarizada (TAC). Se puede realizar una artroscopia de cadera para examinar más a fondo la articulación, así como para tratar ciertos aspectos de la enfermedad.

Radiografía de pelvis que muestra una cadera izquierda normal y una cadera derecha completamente luxada (debido a una DDC).



TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

Puede ser útil la fisioterapia, que incluye la modificación de la actividad, el tratamiento del dolor, la concienciación y mejora postural general y ejercicios dirigidos a mejorar cualquier desequilibrio o debilidad muscular.

Otros tratamientos conservadores pueden incluir el control del peso, la intervención de un nutricionista, dejar de fumar y consejos generales sobre el estilo de vida.

Junto con otras medidas no quirúrgicas, puede sugerirse la infiltración mediante anestesia local guiada por imagen e inyecciones de corticosteroides en la articulación de la cadera y sus alrededores.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Todo tratamiento de cirugía de preservación de la cadera tiene por objeto mejorar la alineación de la articulación de la cadera y, por tanto, permitir que el paciente mantenga sus niveles de actividad, movilidad y funcionalidad. A su vez, esto retrasaría la aparición de problemas en etapas posteriores de la vida, incluido el desgaste del cartílago articular que conduce a la artrosis y a la posible necesidad de una cirugía de sustitución articular.

Si el acetábulo no se ha desarrollado correctamente y no es lo suficientemente profundo, puede ser necesaria una intervención quirúrgica para mejorar la cobertura de la cabeza femoral, ya que una cavidad demasiado poco profunda no proporcionará suficiente estabilidad a la cabeza femoral. Esta intervención puede realizarse en la edad adulta. Esta cirugía implica algún tipo de osteotomía pélvica: cortar y recolocar parte de los huesos de la pelvis para orientar mejor y/o profundizar el acetábulo y así cubrir la cabeza femoral. Existen diferentes osteotomías pélvicas: la osteotomía periacetabular es la que se

realiza con más frecuencia en adultos. Si existe una deformidad más sutil del acetábulo, conocida como "displasia límite", una artroscopia de cadera puede ser una alternativa.

Como resultado de la displasia de cadera, el fémur puede desarrollar deformidades rotacionales o angulares anormales. Puede ser necesario corregirlas mediante una osteotomía femoral, en la que se realiza un corte (osteotomía) en la parte proximal del fémur. A continuación, se corrige la alineación del fémur y se introduce en el hueso un clavo metálico largo o en otras situaciones, una placa en la parte lateral del fémur, que lo mantiene en su sitio mientras se consolida la osteotomía. El clavo o la placa no tienen que retirarse necesariamente una vez que el hueso ha consolidado por completo, dependiendo de la presencia de síntomas residuales.



Diagrama que ilustra la osteotomía femoral

Si no se trata correctamente una cadera sintomática con problemas de mala alineación, cualquier biomecánica anormal puede provocar una distribución alterada de la tensión dentro de la articulación, causando daños a otras estructuras,

incluidos el cartílago articular y el labrum. Esto puede dar lugar a una artrosis de aparición temprana. En función del grado de daño del cartílago, es posible que los tratamientos de conservación de la cadera ya no sean adecuados y que la única opción sea la artroplastia total de cadera.

QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

El pronóstico varía en función de la intervención quirúrgica realizada y de las preferencias y recomendaciones del cirujano encargado de la cirugía de preservación de la cadera. También es posible que sea necesaria otra intervención quirúrgica, como la extracción del material metálico. Tras cualquier intervención de displasia de cadera, es probable que haya un largo período de rehabilitación.

Es posible que durante los dos o tres primeros meses se limite la carga de peso y las actividades. Estas limitaciones varían de un cirujano a otro y dependen de los resultados de la intervención y de las técnicas empleadas. La fisioterapia puede comenzar después de la cirugía, aumentando gradualmente la amplitud de movimiento, la estabilidad, la fuerza, la movilidad y la función durante un período de seis a doce meses, dependiendo de la cirugía realizada y de los objetivos individuales.