

Sección III. Ortopedia Infantil

Programa nacional de promoción del diagnóstico precoz y prevención de la displasia de la cadera en desarrollo del niño en Colombia

Dr. Miguel Angel Murcia R.*

Resumen

La SCCOT, con el propósito de cumplir una labor social, ha decidido implementar programas y proyectos de interés comunitario en promoción y prevención en salud. Se presenta el diseño general sobre el cual se desarrolla este objetivo en una de las patologías más frecuentes y críticas en ortopedia como es la «displasia de la cadera en desarrollo en el niño». El costo social humano y económico utilizado en la solución de las secuelas de la displasia de cadera es suficiente argumento para justificar este esfuerzo. Se utiliza uno de los esquemas propuestos en medicina preventiva en donde la prevención primaria está encaminada en identificar, definir y promover el riesgo de enfermedad. La prevención secundaria busca diagnosticar la enfermedad presintomática. Y la prevención terciaria se ocupa de la medicina clínica preventiva de la enfermedad sintomática.

En cada uno de estos tres niveles se definen dimensiones y estrategias fundamentales sobre lo cual se basa el desarrollo de un programa de implementación nacional que sea el paradigma en diagnóstico precoz en la displasia de cadera en nuestros niños.

Introducción

En la explicación original del título de *Orthopaedia* realizada por Nicolás Andry en 1741, se expresa su definición y su propósito: «... diferentes métodos de prevenir y corregir la deformidades en los niños»¹. Infortunadamente en la historia de la displasia de cadera en el niño y aun en el adulto los mayores esfuerzos se han centrado en la corrección ortopédica o quirúrgica de las deformidades y secuelas dejadas por el desenlace biológico de la enfermedad, cumpliendo así solamente con la segunda premisa del *dictum* original. Y aun los esfuerzos en prevención y diagnóstico precoz hasta hace muy poco tiempo se basaron en la habilidad manual de un examinador para detectar sutiles hallazgos en el examen físico, o en el desarrollo de sistemas de alta tecnología para definir imágenes diagnósticas de la patología establecida. Sólo hasta tiempo recien-

te, y con el conocimiento más profundo de la historia natural de la enfermedad, se ha llamado la atención sobre la importancia de la sospecha diagnóstica basada en la etiología y epidemiología, con la identificación de factores de riesgo, con el cambio de nomenclatura y definición de términos aceptándose que si bien se trata de una patología de naturaleza genética, no siempre está presente al nacimiento, además de colocar en su verdadera y real importancia la aplicación de programas de *screening* clínicos, radiológicos o ecográficos. Y así finalmente cumplir cabalmente con la primera premisa del término *orthopaedia* que es la de «prevenir».

La displasia de cadera es la causa más frecuente de coxartrosis². El reconocimiento precoz de una cadera displásica permite un tratamiento temprano, simple, efectivo y libre de complicaciones. Pero cuando este diagnóstico se hace tardío las desastrosas consecuencias de una articulación mal desarrollada no pueden en muchos de los casos ser solucionadas por las múltiples técnicas de tratamiento existentes, y el resultado es una grave alteración anatómica que muy pronto en el adolescente o en el adulto necesitan proce-

* Departamento de Ortopedia Hospital Clínica San Rafael de Santa Fe de Bogotá. Miembro Fundador del Capítulo de Ortopedia Infantil de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopedia y Traumatología -SCCOT.

dimientos reconstructivos como ostetomías pélvicas, osteotomías femorales o finalmente remplazos articulares que imponen un altísimo costo social humano y económico. Por lo tanto: todos los esfuerzos que se puedan realizar para establecer un sistema objetivo y viable de prevención en la displasia de la cadera están justificados.

La reseña histórica de lo denominado hasta hace poco tiempo *diagnóstico precoz de la displasia de la cadera* se basaba en «reducir al mínimo el número de niños con luxación congénita, mediante el examen sistemático de la cadera al nacimiento»¹², utilizando entre otros, los signos clínicos de Ortolani¹⁴, Barlow³, y la limitación de la abducción de la cadera⁵, como pilares fundamentales en el examen físico en el recién nacido. Pero a pesar de la implementación de este examen físico sistemático de todos los recién nacidos por personal calificado en muchas instituciones en el mundo, se reportaron múltiples casos de diagnósticos tardíos que no fueron detectados en el examen clínico rutinario al nacimiento^{11, 13, 15, 17}, y aun diagnósticos tardíos con la certeza de exámenes neonatales normales^{15, 16}. Sin embargo estos esfuerzos fueron un gran paso en la búsqueda de la solución al problema.

Concomitante a lo anterior se utilizó como ayuda diagnóstica el uso de las radiografías de la pelvis, pero la configuración cartilaginosa de las caderas en el recién nacido impone un límite en su uso como método eficaz de diagnóstico precoz⁶.

Posteriormente la aparición del ultrasonido como gran auxiliar diagnóstico en displasia de la cadera⁹, abrió un camino inicialmente muy amplio, pero las exigencias técnicas y humanas en su implementación lo indica como una modalidad diagnóstica de gran valor en «niños de alto riesgo» o quienes hay sospecha de displasia⁷.

Finalmente, y aceptando que la displasia de la cadera es una entidad de naturaleza genética¹⁸, que no siempre está presente al nacimiento, y que se puede desarrollar posterior al período neonatal⁷, se acepta la importancia de no sólo un cuidadoso examen físico en el recién nacido, sino de su repetición periódica y juiciosa durante el primer año de vida⁷, además de siempre tener presente la «identificación del recién nacido de alto riesgo» utilizando los factores de riesgo¹⁰ como una guía en los programas de *screening* o tamizaje clínico, radiológico o ecográfico.

El propósito es ahora presentar un programa de prevención en displasia de cadera, que pueda ser desarrollado e implementado en nuestro medio, y que está basado en tres niveles básicos de medicina preventiva (Tabla 1), y en la experiencia de otros países en donde ha mostrado suficiente aceptación⁸.

Tabla 1

Esquema de prevención en displasia de cadera en el niño

Nivel de prevención	Naturaleza de la enfermedad	Estrategia
Prevención primaria	Riesgo de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> * Educación a la comunidad. * Campañas promocionales en medios de comunicación. * Educación en niveles primarios de asistencia. * Educación prenatal. * Identificación de factores de riesgo
Prevención secundaria	Enfermedad presintomática	<ul style="list-style-type: none"> * Implementación de nomenclatura actual. * Programas de <i>screening</i>
Prevención terciaria	Enfermedad sintomática	<ul style="list-style-type: none"> * Medicina clínica preventiva de secuelas y complicaciones

Método y desarrollo

El programa de promoción, prevención y diagnóstico precoz de la displasia de cadera en desarrollo del niño en Colombia, se plantea en tres dimensiones distintas, clasificadas de acuerdo al estado evolutivo de la enfermedad Tabla 1.

Prevención primaria

Involucra todos los esfuerzos que se pueden realizar en detectar el *riesgo de enfermedad*; tales como educación comunitaria en medios masivos de información, educación en los niveles primarios de asistencia como estudiantes, enfermeras, médicos generales, educación en niveles más avanzados como médicos pediatras, ginecoobstetras y ortopedista general, promoción

y educación en el período prenatal para la madre y su familia, y desde luego la identificación de «factores de riesgo» aun antes del nacimiento.

Prevención secundaria

Comprende todas las estrategias a detectar la *enfermedad presintomática* antes que se desencadene todo el desenlace biológico de la patología. En este nivel es preciso iniciar con la actualización en niveles superiores de la educación y asistencia, definiendo términos e implementando la nomenclatura actual y vigente de la enfermedad. El cambio reciente en la denominación de «luxación o displasia congénita de la cadera» por «displasia de la cadera en desarrollo» es reconocida actualmente por la mayoría de las organizaciones ortopédicas en los Estados Unidos de América⁷, y por la Sociedad Europea de Ortopedia Pediátrica (EPOS)⁴, aceptándose que no es un cambio puramente semántico, sino que engloba todo el proceso dinámico de la enfermedad, de indiscutible naturaleza genética, pero que no siempre está presente al nacimiento o congénita, que tiene por esto grandes implicaciones sociales, médicas y legales, y de vital importancia para lo que nos ocupa, como es la prevención. Además en esta dimensión están todos los programas de *screening* clínico, radiológico o ecográfico que deberán ser definidos de acuerdo a su disponibilidad en la comunidad en la cual se piensa aplicar. De forma general se propone el *screening* clínico, con examen de todos los recién nacidos y su repetición periódica hasta el primer año de vida, y la utilización de imágenes diagnósticas cuando hay sospecha de la enfermedad o en grupos de alto riesgo; radiografías de pelvis a las 8 semanas o ecografía de cadera a las 4 semanas.

Prevención terciaria

En este nivel se incluyen todas las medidas en el diagnóstico y tratamiento de la *enfermedad sintomática*, para prevenir las secuelas y complicaciones de la enfermedad ya establecida, implementando programas en el sistema de seguridad social que ofrezcan garantía en la oportunidad y eficiencia en la atención de los niños con esta patología.

Discusión

Se presenta este programa de prevención en displasia de la cadera en desarrollo del niño, como una invitación para trabajar en el esquema propuesto y aportar soluciones para la comunidad, en nombre de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología y cumplir así con uno de sus objetivos fundamentales: proyección social.

Bibliografía

- 1 **Andry N.** *L Orthopedie*. Paris, 1741.
- 2 **Aronson, J.** *Osteoarthritis of the young adult hip: etiology and treatment*. Inst. Course Lec. 35:119-128, St. Louis, CV Mosby, 1986.
- 3 **Barlow, T.G.** *Early diagnosis nad treatment of congenital dislocation of the hip*. J Bone Joint Surg., 44-8:292, 1962.
- 4 **Bialik, V.** *Prevention of developmental displacement of the hip*. J. Pediatric Orthop. 2(2)B, 103,1993.
- 5 **Coleman, S.S.** *Congenital dysplasia of the hip*. JAMA, 56, 1956.
- 6 **Coleman, S.S.** *The diagnosis of congenital dysplasia of the hip in the newborn infant*. J. Bone Joint Surg., 38-A, 2.438, 1956.
- 7 **Coleman, S.S.** *Evolutionary changes in diagnosis and treatment*. Editorial. J. Pediatric Orthop. 14: 1-2, 1994.
- 8 **Geva, H.** *EPOS experience in the early detection of developmental dysplasia of the hip*. MAPFRE Med. 3 (supl. 1): 31- 4, 1992.
- 9 **Graf, R.** *Fundamentals of sonografic diagnosis of infant hip dysplasia*. J Pediatric Orthop. 4:6, 1984.
- 10 **Jaramillo, A. Murcia, M.A.** Identificación del recién nacido de alto riesgo con luxación congénita de cadera. Estudio de 10.000 nacimientos. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. Vol. 6, 3, 185-197, 1992.
- 11 **MacKenzie, I.G.** *Problems encountered in the early diagnosis and management of dislocation of the hip*. J. Bone Joint Surg. (Br).63-B: 38-42, 1981.
- 12 **Malagón, V.** Diagnóstico precoz de la displasia de la cadera. *Boletín Médico del Hospital Infantil*. Vol. XXXIV, 4, 891-901, 1977.
- 13 **Mitchell, G.P.** *Problems in early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip*. J Bone Joint Surg. (Br), 54-B: 4-12, 1972.
- 14 **Ortolani, M.** *La lussazione congenita dell'anca*. Bologna, Copelli, 1948.
- 15 **Tredwell, G.P.** *Efficacy of neonatal hip examination*. J Pediatr Orthop. 1: 61-5, 1981.
- 16 **Walker, G.** *Problems in the early recognition of congenital hip dislocation*. Br Med J, iii: 147-8, 1971.
- 17 **Williamson, J.** *Difficulties of the early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip in Northern Ireland*. J Bone Joint Surg (Br), 54-B: 13-7, 1972.
- 18 **Wynne-Davies, R.** *Acetabular dysplasia and familial joint laxity. Two aetiological factors in congenital dislocation of the hip. A review of 589 patients and their families*. J Bone Joint Surg. 52-B, 1970.