

Luxación congénita de cadera

R. Jiménez

La *luxación congénita de cadera* es una alteración en la relación entre el cótilo y la cabeza femoral. En este concepto se incluyen dos tipos clínicos que se diferencian por el momento de actuación de la noxa patógena.

La *cadera luxable* o luxación de tipo fetal está causada por una detención parcial del crecimiento intrauterino en la región de la cadera, constituyendo el 85% de los casos. Si la alteración se produce antes del tercer mes de vida intrauterina, la cadera aparece ya luxada en el momento del nacimiento, motivando la *cadera laxada* o luxación de tipo embrionario o teratológica.

Por las posibilidades evolutivas, se considera muy importante la exploración sistemática de las caderas en el recién nacido, la cual se debe repetir cuidadosamente hasta los 6 meses. Esta posibilidad de un neonato con

exploración normal y posteriormente presentar una luxación es lo que justifica la denominación actual de “Displasia evolutiva o del desarrollo de la cadera”.

Hay que tener en cuenta que cuanto más precoz sea el diagnóstico, mejor será la evolución.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Suele tratarse de un recién nacido hembra (80%) nacido en presentación de nalgas. La afectación puede ser uni o bilateral. En esta edad y durante el primer mes, es importante la maniobra de Barlow (figura 1). Pretende notar el resalte producido en la *cadera luxable* con la entrada y salida de la cabeza femoral de la cavidad cotiloidea. Colocado el niño en decúbito supino, se doblan las rodi-



Figura 1. Maniobra de Ortalani modificada por Barlow.

llas en ángulo recto y se abarca el fémur con la mano, de modo que el pulgar se sitúe en la cara interna del muslo y los pulpejos de los otros cuatro dedos toquen el trocánter mayor. Haciendo entonces palanca sobre el trocánter, se separan las rodillas, llevándolas hacia el plano de la cama; esta maniobra hace entrar la cabeza en el cótilo y se nota el resalte que la reducción produce. Al efectuar la maniobra a la inversa y reproducir la luxación, se nota el resalte de salida. La maniobra de Ortolani consiste con ambas caderas en flexión y abducción de 90°, si la cadera está luxada, la abducción está limitada y es la presión de los dedos sobre el trocánter, forzando suavemente la abducción, la que reducirá la cadera que al soltar la posición vuelve a luxarse.

En la cadera luxada tiene más valor el acortamiento del miembro, la asimetría de los pliegues cutáneos posteriores y la limitación de la abducción. Tanto es así que ante una asimetría de pliegues glúteos debe solicitarse una ecografía de caderas.

Con estas dos maniobras podemos clasificar los diferentes tipos de cadera patológica: a) cadera inestable cuando el Barlow es positivo; b) cadera luxada reducible cuando el Ortolani es positivo y c) cadera luxada irreductible cuando con el Ortolani no se logra la reducción. Debe insistirse que estas maniobras solo tienen valor durante los primeros días de vida.

Una cadera luxable es siempre patológica, ya que en el recién nacido normal la cadera tiene tal estabilidad que un movimiento forzado motiva antes un desprendimiento epifisario.

La presencia de una importante limitación de la abducción, junto con una maniobra de

Ortolani que no mejora la situación de la cadera, nos tiene que hacer sospechar la presencia de una luxación de cadera irreductible.

En estos casos es útil el estudio radiológico que mostrará el fémur ascendido

ETIOLÓGICO

No parece existir una causa única de luxación congénita de cadera. La etiología es multifactorial, combinándose factores tanto mecánicos como fisiológicos por parte de la madre y el niño, y en ocasiones factores ambientales que producirán la inestabilidad de la cadera y la subsiguiente luxación. Es muy manifiesto el carácter familiar, posiblemente por irregular desarrollo del techo cotiloideo, dato de gran valor al efectuar la historia clínica del recién nacido.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En el recién nacido, la *ecografía de la cadera* es un procedimiento diagnóstico importante dentro de la articulación coxofemoral, ya que los ultrasonidos proporcionan imágenes detalladas de la cadera ósea y cartilaginosa del neonato. Permite realizar una exploración estática y dinámica de la articulación, es la exploración indicada en el período neonatal.

Se hará cuando presente algún signo de sospecha, no siendo indicada su petición sistemática.

En esta edad, la *radiografía* de cadera es poco útil, ya que no ha aparecido el núcleo de la cabeza femoral, el cual aparece entre el 2º y 5º mes de vida. No obstante, una radiografía practicada tras provocar la luxación, con las caderas en una posición anteroposterior perfecta y sin ninguna rotación, da unos signos típicos (figura 2): oblicuidad anormal

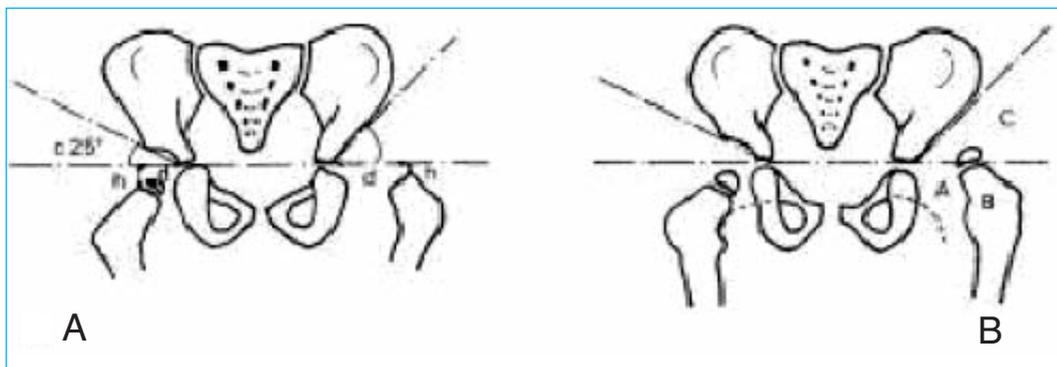


Figura 2. Signos típicos luxación de cadera

del techo cotiloideo, que motiva en la cadera luxable un ángulo acetabular superior a 33° , ascenso del fémur, que puede visualizarse por la rotura de la línea de Shenton, y disminución de la distancia que separa al cuello femoral de la línea de los cartílagos en Y, así como *separación del fémur* (referencias de Hilgenreiner).

En la radiografía obtenida en la posición de Von Rosen (ambos fémures en separación y rotación interna de 45°), el eje femoral se sitúa encima del cótilo. La artrografía sólo estará indicada en caderas luxadas con dificultad para su reducción, lo cual se presenta en edades posteriores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No se confundirá con pequeños crujidos, sin valor, que se aprecian al efectuar la maniobra de Ortolani. Existen luxaciones de cadera secundarias debidas sobre todo a osteoartritis.

El diagnóstico diferencial más importante deberá efectuarse con la artritis de cadera en la que aparte de síndrome general infeccioso, existe mayor dolor ante pequeñas movilizaciones,

a veces tumefacción y en la radiografía y ecografía signos propios de artritis.

TRATAMIENTO

Los objetivos que se persiguen en el tratamiento de la luxación congénita de cadera son:

1. Que consigamos la reducción articular de preferencia concéntrica.
2. Mantener la máxima estabilidad de la cadera.
3. Resolver la frecuente displasia residual.

En la luxación irreductible, el tratamiento dura hasta los 6 meses aproximadamente. Primero se utiliza el arnés de Paulik, y en caso de no conseguir la reducción a las 2-3 semanas, efectuaremos tracción continua con abducción progresiva, reducción bajo anestesia general y yeso. Esta última pauta es la que se hace de entrada, cuando el diagnóstico se efectúa después de los 6 meses de edad.

En las luxaciones reductibles, está indicado inicialmente el arnés de Paulik. Si a las 3 semanas continúa la cadera inestable, se coloca un yeso en flexión de 100° y abducción

de 60° durante un mes, para continuar después con el arnés hasta conseguir la completa estabilidad y esté resuelta la displasia del acetábulo.

En las caderas luxables o inestables, debido a que la mayoría tienen buen pronóstico, se utiliza la técnica del triple pañal, cuyo objetivo es mantener la flexión y abducción de caderas, es decir, la llamada postura de reducción, que debe abarcar hasta las rodillas.

Una posible complicación del tratamiento es la osteocondritis.

La cirugía de la displasia acetabular se utiliza exclusivamente para completar una reducción quirúrgica o corregir secuelas. Suele efectuarse una osteotomía pélvica con objeto de aumentar el tamaño de la cavidad acetabular o modificar su orientación para obtener una mejor capacidad funcional.