
Luxación congénita de la cadera
Dr. Víctor Laguna Castillo

DISPLASIA DE CADERA; COXA VALGA Y VARA; LUXACIÓN CONGÉNITA
DE CADERA: CLÍNICA Y TRATAMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL

PACIENTE. USO DE ECOGRAFÍA
Y RESONANCIA MAGNÉTICA

La luxación congénita de la cadera, malformación luxante de los franceses, tiene su origen en una alteración o detención (displasia o aplasia) del desarrollo de los elementos constitutivos de la articulación coxofemoral. Se da más frecuentemente en el sexo femenino, 6 a 1 con respecto al hombre, transmitido por un gen de la madre. Más frecuente en la raza blanca (Italia, Francia, República Checa y Eslovaquia), menos frecuente en el continente asiático. Las lesiones se dan en partes blandas y esqueléticas en diverso grado.

Dentro de las lesiones de las partes blandas mencionaremos:

- 1) Desarrollo defectuoso del limbo, que es un fibrocartilago alrededor de cótilo que aumenta su cavidad articular.
- 2) La cápsula articular, que puede estar alargada o laxa o tomar la forma en reloj de arena, cuya parte estrecha toma el nombre de istmo.
- 3) Acortamiento o falta de distensión del músculo psoasiliaco.
- 4) Elongación o hipertrofia del ligamento redondo como causa menos probable.
- 5) Acortamiento o contractura de los aductores, que pueden llevar la cabeza femoral hacia afuera.

Compromiso óseo: Para algunos autores la displasia acetabular primaria es la causa determinante de la LCC. Se describe un método para el estudio del ángulo acetabular por el esquema de Hilgenreiner, llamado índice acetabular que normalmente es hasta 35° en el recién nacido y 25° a partir de los 6 meses de nacido. Por encima de 40° es patológico.

Anteversión, que se define como la relación del eje longitudinal del cuello femoral con una línea trazada a través de los cóndilos femorales en el plano frontal. La anteversión normal en el recién nacido es 25° para quedar en 15° con el crecimiento. Por encima de 25° la cabeza femoral se acerca demasiado al labio anterior del acetábulo produciendo subluxación o luxación.

Las distintas fases de la falta de desarrollo de la articulación de la cadera pueden ser las siguientes:

Displasia de cadera.

Subluxación.

Luxación.

1. DISPLASIA DE CADERA (PRELUXACIÓN, CADERA LUXABLE) (Lámina 51)

Conjunto de malformaciones menores congénitas que predisponen mecánicamente a la subluxación o luxación de la cadera.

1.1. DIAGNÓSTICO

Debe ser precoz.

1.2. CLÍNICA

- 1) Asimetría de pliegues subglúteos, interglúteos, de muslos.
- 2) Contractura de aductores. Con limitación para la abducción.
- 3) Signo de Ortolani (audible, palpable). Método: Niño en D.D. con caderas y rodillas en 90°, rodillas juntas. El médico toma las rodillas y el muslo con sus manos. Hace una horquilla con su pulgar e índice y toma la rodilla y con la punta de sus dedos medio y anular presiona el trocánter mayor; luego va abduciendo las caderas al mismo tiempo que con las puntas de los dedos presiona la región trocantérica hacia adelante. Si el signo es positivo se siente un chasquido, un click que denota la entrada de la cabeza femoral en el cótilo. Vuelta a su posición inicial puede sentirse otro chasquido de salida.
- 4) Signo de Barlow: Caderas abducidas en 45°, colocar los pulgares sobre la cara interna de los muslos cerca del trocánter menor y presionar hacia atrás y afuera; si sale la cabeza fuera del cótilo y entra al dejar de presionar, estamos ante una cadera luxable.

Todos estos signos clínicos no son patognomónicos, pueden presentarse en caderas normales, por eso es indispensable el complemento del examen radiológico.

1.3. ESTUDIO RADIOLÓGICO (RECIÉN NACIDOS)

- 1) Técnica de Von Rosen: Niña en D.D. abducción de caderas de 45°, miembro extendido en máxima rotación interna (posición luxable de la cadera). Trazando una línea media a lo largo de la diáfisis femoral y prolongándola hacia arriba debe tocar el borde externo del techo en la cadera normal. Si está preluxada o displásica pasa más afuera.
- 2) Medidas de Hilgenreiner:
 - a) Trazado de una línea oblicua que una los puntos interno (cartílago en Y) y externo del techo cotiloideo. La oblicuidad normal es de 35°.
 - b) Trazado de una línea horizontal que una los cartílagos en Y. Bajar una vertical desde dicha horizontal hasta el punto medio de la extremidad superior del fémur, dicha vertical no debe ser menor de 1 cm.
 - c) La horizontal medida desde el cartílago en Y hasta el punto de la vertical debe medir también 1 cm.
- 3) Tríada Radiológica de Putti:
 - a) Mayor oblicuidad del techo.
 - b) Retardo de la aparición del núcleo cefálico (normalmente aparece entre el 6to. y 8vo. mes de la vida extrauterina).
 - c) Separación del extremo femoral hacia afuera. Putti traza 2 rectas: La vertical debe tocar la parte más interna del muñón del fémur y cortar el techo cotiloideo por dentro de la mitad del mismo; la horizontal debe tocar el borde superior del pubis y el extremo más alto del muñón del fémur.
- 4) Líneas de Ombredanne:
 - a) La línea horizontal pasa por los cartílagos en Y.
 - b) La vertical, por el punto más externo del techo cotiloideo.El núcleo cefálico debe estar por debajo de la horizontal y por dentro de la vertical.
- 5) Arco Cervicoobturador o línea curva de Shenton, o línea de Menard.
El arco inferior del cuello femoral debe continuarse con la parte superior del agujero obturador.

1.4. TRATAMIENTO

El tratamiento temprano llega a curar, alcanzando un desarrollo normal de la cadera. Basta para ello centrar las caderas con abducción permanente mediante dispositivos o férulas de abducción. Por ejemplo pañales doblados o la almohadilla de Frejka, que consiste en un rectángulo de goma-espuma envuelta por un material impermeable que se coloca en el perineo abduciendo las caderas, por 4 a 6 meses, bajo controles radiológicos periódicos.

2. SUBLUXACIÓN

Presenta signos clínicos y radiológicos más marcados que la displasia. La cabeza femoral cabalga en el tercio externo del acetá-bulo. Las radiografías en abducción revelan la alineación defectuosa del fémur con relación al cartilago trirradiado en el acetábulo.

Clínicamente se observan pliegues asimétricos (Signo de Peter Bade), oblicuidad de la línea vulvar, acortamiento del miembro afectado que se aprecia flexionando las caderas y rodillas, colocando éstas juntas y viendo como una de ellas está más alta (la sana).

Una cadera más ancha por prominencia del trocánter mayor y la contractura en adducción. Menos móvil. Cabeza palpable en la región glútea.

Signo del bombeo es apreciable cuando con una mano sobre la cadera y la otra sobre el miembro se efectúan maniobras alternas de tracción y empuje, traduciéndose en inestabilidad de la cadera en el eje vertical. Va a estar retrasado el acto de caminar y puede presentar cojera si es unilateral. Radiográficamente se va a encontrar gran evidencia de la lesión con las medidas de los ángulos, cuadrantes y arcos de las técnicas antes mencionadas. También, el estudio de la anteversión, sobre todo después de los 6 meses, en que aparece el medio de crecimiento cefálico del fémur.

2.1. TRATAMIENTO

Como la subluxación es la primera fase de la luxación, si no se procede al tratamiento cabe esperar además que el desarrollo de la articulación sea anormal.

Se busca la reducción, o sea, el centrado de la cabeza en el cótilo mediante la abducción de la cadera. Si no sucede así, se aplica tracción durante algunos días, para distender el psoasiliaco. Si a pesar de esto no se consigue la reducción, se indica la tenotomía del mismo músculo, además de la capsulotomía y tenotomía de aductores en niñas que pasan el año de vida; se coloca férula de abducción o yeso en forma continua en las 3 posiciones clásicas de Lorenz:

- Primera de Lorenz (Posición de rana).- Pelvipedio con caderas en abducción de 80°- 90°. Rodillas a 90°, 2 a 3 meses.
- Segunda de Lorenz.- Pelvipedio en abducción 45°. Rotación interna del miembro inferior en extensión, 2 a 3 meses.
- Tercera de Lorenz.- Muslopedio bilateral. Caderas en abducción, rodillas semiflexionadas y rotación interna de los miembros inferiores unidos por los talones con una varilla. Por 2 a 3 meses.

Control radiológico periódico.

3. LUXACIÓN

En este período la sintomatología es más llamativa.

3.1. CUADRO CLÍNICO

Hay retardo en la iniciación de la marcha, que puede ser claudicante, describiéndose el signo de TRENDELEMBURG, marcha de pato en la luxación bilateral.

La niña es incapaz de realizar la abducción total de la cadera o caderas. Puede observarse asimetría de pliegues. Acortamiento aparente del miembro inferior afectado. Contractura de aductores que limita la abducción de la cadera a 20° o menos (Normal 45° o más). Contractura del psoasiliaco. El trocánter mayor es anormalmente prominente encontrándose por encima de la línea de Nelaton Roser (línea que se extiende desde la espina iliaca anterosuperior hasta la tuberosidad del isquion). La rotación interna está aumentada a 60° o más debido al aumento de la anteversión por encima de 25° .

El signo de TRENDELEMBURG se da por debilidad del glúteo medio al acercarse sus inserciones pelvitrocantéricas; cuando la paciente se sostiene sobre una pierna, la imposibilidad de los abductores para elevar la pelvis del lado opuesto cayendo ésta, produce el signo positivo.

Signo del pistón (Dupuytren).

3.2. RADIOLOGÍA

Para el estudio de los cuadrantes de Ombredanne, el arco de Shenton. La anteversión del cuello. Hipoplasia del cótilo y de la cabeza femoral. La resonancia magnética para el estudio de la cápsula y sus alteraciones: Deformidad en reloj de arena, adherencias. El limbo, etc.

3.3. TRATAMIENTO

Comienza con la reducción de la luxación.

Existe la posibilidad de obtener curación:

- 1) Con restitución funcional total, si el niño recibe tratamiento antes de los 3 años de edad.
- 2) Con buena capacidad funcional sin ser perfecta, de los 3 a los 6 años (bilaterales) o de 3 a 8 años (unilaterales). Más allá de estas edades el tratamiento sólo es paliativo.

El reponer la cabeza busca 2 objetivos:

- 1) Que el contacto cefálico excite la formación del techo, sólo funciona hasta los 8 años, en que terminan su crecimiento los núcleos del techo.
- 2) Que se retraiga la cápsula y ayude a mantener la reducción.

La reducción puede ser:

- 1) Extemporánea, o sea en el momento, bajo anestesia general y con un estudio previo de resonancia magnética que indique no haber obstáculos de partes blandas (adherencias de la cápsula, istmo, limbo interpuesto, ligamento redondo hipertrófico). Conseguida la reducción sin tensión del psoasiliaco y aductores, se inmoviliza con yeso siguiendo las 3 posiciones clásicas de Lorenz. Tener en cuenta que la tensión muscular dada por el psoasiliaco, aductores, glúteo medio y menor pueden producir necrosis avascular (osteo-condrosis) de la cabeza femoral.
- 2) Reducción lenta: Se usa para evitar lo dicho anteriormente en relación a las contracturas musculares, es preferible propiciar la reducción por tracción continua del miembro afectado por 3 a 4 semanas, luego reducir y aplicar los aparatos de yeso en las posiciones de Lorenz.
- 3) Reducción quirúrgica: Indicada en todos los casos anteriores en los que no ha sido posible la reducción incruenta. Se realizan: Capsulotomía, abriendo el istmo o estrechamiento en el "reloj de arena". Acomodando el limbo. Haciendo tenotomía del psoasiliaco.

Mejorando la continencia del cótilo:

- a) Mediante plastía del techo, colocando injerto óseo por encima de su borde externo para que éste baje, disminuyendo su oblicuidad.
- b) Osteotomía del iliaco: De la cresta innominada, supracóti-loidea e interponiéndose una cuña ósea (Operación de Salter).

La anteversión del cuello femoral, si es exagerada, se hace una osteotomía subtrocantérica desrotadora. Luego se inmoviliza con pelvipedio bilateral en la segunda posición de Lorenz, por 2 a 3 meses.

El paciente debe estar siempre asistido por el servicio de medicina física y rehabilitación.