

Contractura congénita en abducción de la cadera y oblicuidad pélvica

Congenital abduction contracture of the hip and pelvic obliquity

B. SERAL GARCIA, M.L. BELLO NICOLAU, F. SERAL IÑIGO.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA.

Resumen. La contractura congénita en abducción y oblicuidad apérvica una patología que estamos viendo con cierta frecuencia en nuestra consulta de Ortopedia infantil, y a pesar de ser poco conocida por lo poco descrito en la literatura, nos parece un tema importante. Aportamos 4 casos tratados y seguidos en nuestra consulta. Describimos la exploración clínica y radiológica de estos pacientes, así como su evolución en el tiempo y pronóstico. Planteamos el diagnóstico diferencial con la luxación congénita de cadera. Se realiza además una revisión de la literatura, y se expone las posibles etiologías, signos clínicos y radiológicos, así como tipos de tratamientos y pronóstico.

Summary. Congenital abduction contracture of the hip is an entity that we are evaluating and treating frequently in our Pediatric Clinic. This pathology appears to have received little attention in the Pediatric Orthopaedics literature. Although it has not been referred by many authors, we think it's very important. We evaluated and treated 4 infants. The clinical and radiology study, the follow-up and the prognosis are described. The findings in these patients were markedly similar to those commonly seen in patients with congenital dislocation of the hip. We have done a literature review, demonstrating that two different types exist, with different treatment and result. We explain the etiology and other factors that have also been shown to be associated with this entity.

Introducción. En 1954 Weissman describió por primera vez la asociación de contractura en abducción de una cadera con displasia de la contralateral en el lactante.

Consideramos que es un tema importante, poco descrito en la literatura. Y a pesar de ser una patología poco conocida, es mucho más común que la displasia del desarrollo de la cadera.

Si el diagnóstico y el tratamiento son precoces, el pronóstico será excelente. La exploración clínica asociada a una correcta exploración radiológica van a ser diagnósticas. Muchas veces se plantea el diagnóstico diferencial con una luxación congénita de cadera.

Casos clínicos.

Caso 1. Niña de 3 meses y medio, que acude al Servicio de Urgencias con el diagnóstico de probable luxación congénita de cadera. No presentaba antecedentes de inte-

rés. En nuestra consulta, a la exploración, había una contractura en abducción y una limitación de la aproximación de la cadera derecha en decúbito prono. Tenía un aumento de la aproximación de la cadera izquierda con limitación de la separación, (Fig.1) Había una asimetría de pliegues en el muslo izquierdo y una disimetría por acortamiento con un falso Galeazzi(+). En la radiología se observaba una oblicuidad pélvica, con una contractura en abducción de la cadera derecha. Ligera displasia acetabular izquierda con la cadera en aproximación y subluxación de la misma (Fig. 2).

A los 4 meses y medio de edad, persistía la actitud en abducción de la cadera derecha aunque pasivamente se llegaba a la línea media. La radiología era similar. Se le prescribieron unas correas de Pavlik (Fig. 3).

A los 6 meses de edad, la cadera izquierda estaba más centrada con tendencia a la

Correspondencia:
Belén Seral García
PºConstitución 25, 2º dcha.
50001 Zaragoza.
Teléfono: 976-231533.



Fig. 1. En decúbito prono presentaba una contractura en abducción con una limitación de la aproximación de la cadera derecha.

Fig. 2. Radiología de ambas caderas en neutro, se observa una oblicuidad pélvica con contractura en abducción de la cadera derecha, ligera displasia acetabular izquierda con la cadera en aproximación y subluxación de la misma.

Fig. 3. Exploración radiológica similar.

Fig. 4. Persiste la oblicuidad pélvica, la cadera izquierda está más centrada.

Fig. 5. Buen centraje de la cadera izquierda pero sin aparición de la epífisis femoral proximal izquierda.

oblicuidad pélvica. Se continuó con tratamiento ortopédico con Pavlik (Fig. 4).

A los 7 meses y medio, no había contracturas ni disimetrías, el Galeazzi era negativo, y en la radiología se apreciaba un buen centraje pero sin aparición de la epífisis femoral proximal izquierda (Fig. 5).

Caso 2. Niña de 5 meses y medio con antecedentes de presentación de nalgas y cesárea.

A los 2 meses de edad se realizó una Ecografía que informaba de "cadera izquierda subluxable, con maniobra de Barlow la cabeza femoral extruía dos tercios por encima de la línea del ilíaco". Una nueva ecografía a los 4 meses de edad, la exploración era similar.

En nuestra consulta, a la exploración presentaba una contractura en abducción de la cadera derecha, con un aumento de la aproximación de la cadera izquierda. No había disimetrías. En la radiología se observaba una oblicuidad pélvica, con displasia

acetabular izquierda, rotura de la línea de Shenton izquierda, lateralización y ascenso de la metáfisis femoral proximal izquierda (Fig. 6). Por lo que se inició tratamiento ortopédico con unas correas de Pavlik.

A los 7 meses, aunque persistía la oblicuidad pélvica, la cadera izquierda estaba centrada, con un aumento del ángulo acetabular.

A los 8 meses, la movilidad era simétrica en ambas caderas, con una pelvis horizontal; la cadera izquierda estaba centrada y cubierta, y había un retraso en la aparición de la epífisis. Se prescriben las correas de Pavlik sólo por la noche.

A los 9 meses, persistía una mínima contractura en abducción de la cadera derecha. En la radiología había un buen desarrollo acetabular, con hipoplasia de la epífisis femoral proximal izquierda.

Al año, persistía una contractura en abducción de la cadera derecha con limitación de la separación de la cadera izquierda.





Se inicia fisioterapia materna que es ineficaz, por lo que inicia rehabilitación (Fig. 7).

A los 15 meses de edad, persistía una mínima contractura en separación, con un aumento del ángulo acetabular, un aumento de la distancia de Waldenström, y una hipoplasia epifisaria. Se mantiene el tratamiento fisioterápico (Fig. 8).

A los 18 meses, la movilidad era amplia y simétrica, con una ligera displasia acetabular izquierda, e hipoplasia epifisaria. Sigue en rehabilitación, reexploración en 6 meses (Fig. 9).

Caso 3. Niña de 2 meses de edad, primogénita, con un parto a término. Tenía un pie izquierdo varo reductible y una deformidad craneofacial. Nos la remiten por una limitación de la separación de la cadera izquierda.

La ecografía realizada a los 2 meses de edad informaba de "cadera subluxable."

A los 4 meses de edad, tenía una limitación de la separación de la cadera izquierda

con una contractura en abducción de la cadera derecha. En la radiología se apreciaba una oblicuidad pélvica con mala cobertura de la cadera izquierda. (Fig. 10) Se le prescribieron unas correas de Pavlik.

A los 5 meses de edad, la abducción pasiva de las caderas era amplia y simétrica, con buen desarrollo y centraje de las caderas (Fig. 11).

Caso 4. Niña de 2 meses de edad, vista en el Servicio de Urgencias por una limitación de la aproximación de la cadera derecha, con asimetría de pliegues y una disimetría aparente de miembros inferiores (fig. 12). Se le prescribió fisioterapia materna.

A los 3 meses y medio de edad, había una mínima contractura en separación de la cadera derecha con un aumento de la aproximación de la cadera izquierda. Galeazzi era (-).

A los 6 meses y medio, la movilidad era amplia sin contracturas ni disimetrías, por lo que se le dio el alta (Fig. 13).

Fig. 6. Oblicuidad pélvica con displasia acetabular izquierda, rotura de la línea de Shenton izquierda, lateralización y ascenso de la metáfisis femoral proximal izquierda.

Fig. 7. Al año de edad, persistía la contractura en abducción de la cadera derecha con limitación de la separación de la cadera izquierda.

Fig. 8. A los 15 meses, mínima contractura en separación con aumento del ángulo acetabular, aumento de la distancia de Waldenström e hipoplasia epifisaria izquierda.

Fig. 9. A los 18 meses de edad, ligera displasia acetabular con hipoplasia epifisaria femoral proximal izquierda.



Fig. 10. Oblicuidad pélvica con mala cobertura de la cadera izquierda.
Fig. 11. Buen desarrollo y centrado de las caderas.
Fig. 12. Oblicuidad pélvica, contractura en abducción de la cadera derecha y en aproximación de la cadera izquierda.
Fig. 13. Ligera displasia izquierda, con buen centrado de la misma.

Discusión. Algunos autores atribuyen a la oblicuidad pélvica por una contractura en abducción una causa congénita, por una posición defectuosa del feto (1-3). Aunque la postura intrauterina de flexión marcada protege las caderas, al pasar a una posición de extensión en el nacimiento, la oblicuidad pélvica resulta de la contractura de la cadera en abducción con poca cobertura de la cadera en el lado elevado de la pelvis. Dunn (3) afirma que la postura intrauterina del feto es con la espalda en la parte izquierda de la madre. La cadera izquierda descansa contra la columna rígida y la derecha en la parte más móvil, la cara anterior del útero.

Es más frecuente en primíparas, en las que la pared abdominal y uterina están tensas, limitando el espacio fetal. Otros factores que limitan el espacio intrauterino como el oligoamnios, la presentación de nalgas, hipertensión materna y el retardo de crecimiento intrauterino, todo ello influye en esta patología.

Nosotros, en cambio pensamos que se trata de un defecto postural extrauterino. Son niños que vemos en la consulta a los 2 ó 3 meses de edad, que siempre duermen en la misma posición y que si esta se modifica acaban adoptando la posición anterior, con una plagiocefalia del lado en el que duermen.

Palmen (4) en 1984, describió la "habitual unilateral supine position", encontrando en un 24% de estos niños contractura en abducción, mientras que si dormían en decúbito prono la incidencia era de 2,4%. Llegando a la conclusión de que en supino, un 9% de los lactantes van a presentar una contractura en abducción de 45° los primeros meses; el decúbito prono en los primeros meses evita la contractura en abducción, pero no es una medida profiláctica de trastorno de la cadera en crecimiento.

En cuanto a la clínica, suelen presentar edades comprendidas entre los 3 y 6 meses. Existe una aparente correlación

entre asimetría de pliegues glúteos, contractura en abducción de la cadera y displasia acetabular contralateral. Los hallazgos de una asimetría de pliegues glúteos con una disimetría de miembros inferiores debe poner en alerta al médico ante la posibilidad de una displasia acetabular incluso a pesar de no demostrarse una inestabilidad de la cadera.

Las exploraciones radiológicas de las caderas se pueden realizar a intervalos regulares para ver la evolución en el tiempo y seguimiento del tratamiento. Medidas como el ángulo acetabular, desplazamiento lateral del extremo superior del fémur ó el tamaño del núcleo de osificación de la cabeza femoral se deben tener en cuenta. Relaciones anatómicas como la Línea de Shenton también es importante. (5,6)

A diferencia de la luxación congénita de cadera, en la contractura congénita de la cadera por abducción, los signos de Ortolani y Barlow son negativos; puede palparse la extremidad proximal en posición normal por detrás de la arteria femoral y en el punto medio del arco crural; no hay movilidad en " pistón" ni laxitud anómala de la cadera y el signo de Galeazzi es negativo, a pesar de una sensación de disimetría de miembros inferiores.

En las radiografías realizadas en proyección anteroposterior y 45° de abducción, por la menor presión concéntrica de la cabeza femoral, la osificación del acetábulo puede mostrar algún retraso en la cadera no contracturada.

Sin un tratamiento adecuado, la contractura intensa en abducción puede hacer que surja una subluxación de la cadera contraria (6).

Las radiografías también descartan las deformidades congénitas de la columna-lumbosacra como hemivertebbras y escoliosis congénita como causas de oblicuidad congénita de la pelvis.

El tratamiento debe iniciarse en etapas tempranas de la vida, de preferencia en las dos primeras semanas después del nacimiento. Se informa a los padres de los ejercicios que le deben realizar en casa como el estiramiento pasivo de los abductores contraídos de la cadera. Si los ejercicios de estiramiento se inician a muy temprana edad y se practican de forma regular, las contracturas se corregirán en término de 4 a 8 semanas. Si los padres no asumen esa tarea, el lactante es mayor de 4 ó 5 meses ó la contractura es intensa, hay que inmovilizar las caderas con unos arneses de Pavlik. Por lo común, se debe mantener durante un periodo de tiempo hasta que se objetive en la radiología en neutro una buena orientación y cobertura de la cabeza femoral.

Seringe (7) distingue dos tipos de contractura en abducción con pronósticos diferentes:

- 1- La forma simple, es la cadera clínicamente estable y radiológicamente normal que evoluciona a la curación de forma espontánea sin necesidad de ningún tratamiento;
- 2- La forma asociada a displasia- subluxación- luxación, que requiere tratamiento ortopédico con unos Pavlik.

Con los casos que hemos podido tratar y seguir, podemos concluir que:

- Una pelvis oblicua congénita es criterio de "cadera en riesgo". Se debe realizar de forma sistemática un examen ortopédico, con especial atención a la cadera en adducción.
- El examen clínico se debe completar con una exploración ecográfica (desde el nacimiento a los 3 meses) y radiológica (a partir de los 3 meses) para poder diferenciar las dos formas con pronósticos diferentes (simple, ó asociada a subluxación franca ó luxación unilateral). ■■■■■

Bibliografía

1. **Tachdjian M.** Contractura congénita de la cadera en abducción y oblicuidad pélvica. In: Tachdjian M. *Pediatric Orthopaedics*. Mexico: Nueva Editorial Interamericana 1994; p. 591-4.
2. **Seringe R, Bonnet J CH, Katti E.** Pathogenie et histoire naturelle de la luxation congénitale de la hanche. *Rev Chir Orthop* 1990;76:391-402.
3. **Dunn P.** Perinatal observations on the etiology of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1976; 119:11 -22.
4. **Palmen K.** Unspecific unilaterally limited abduction. *Acta Orthop Scand (Suppl)* 1984; 55:58-65.
5. **Tonnis D.** Normal values of the hip joint for the evaluation of X- rays in children and adults. *Clin Orthop* 1976; 119:39-47.
6. **Green NE, Griffin PP.** Hip Dysplasia associated with abduction contracture of the contralateral hip. *J Bone Joint Surg* 1982; 64A:1273-81.
7. **Seringe R, Langlais J, Bonet JCh.** Le bassin asymetrique congénital. Etude clinique, radiologique et evolution. *Rev Chir Orthop* 1992; 78:65-73.