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. 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, el signo patognomónico a buscar es el de Ortolani, modificado por 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 rodillas 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 reduc-

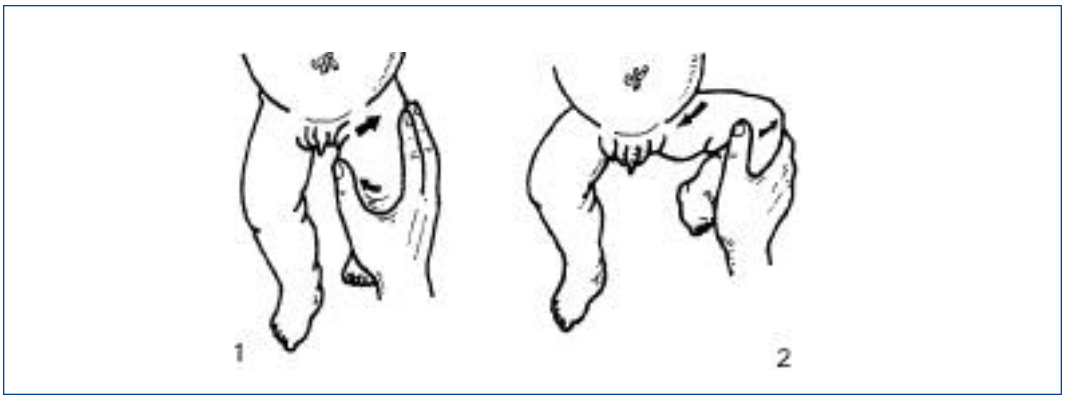

Figura 1. Maniobra de Ortalani modificada por Barlow.

ción produce. Al efectuar la maniobra a la inversa y reproducir la luxación, se nota el resalte de salida. En la cadera luxada tiene más valor el acortamiento del miembro, la asimetría de los pliegues cutáneos posteriores y la limitación de la abducción.

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, 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 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

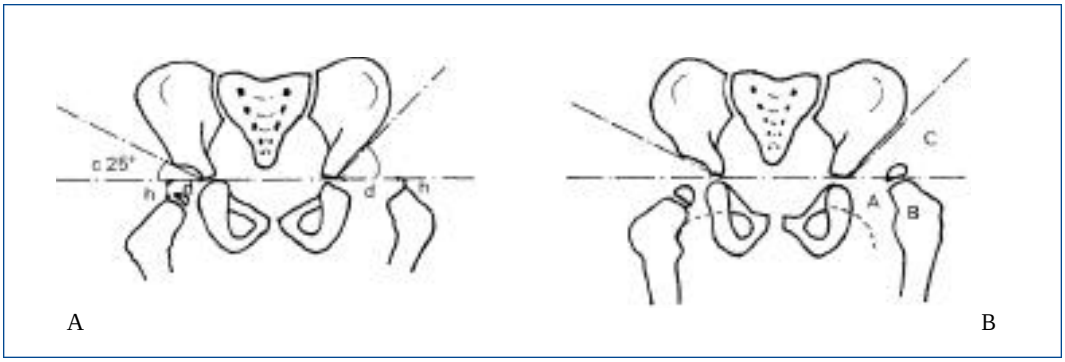

Figura 2. Signos típicos luxación de cadera.

separación del fémur (referencias de Hilgenreiner). En la radiografía obtenida en la posición de Von Rossen (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.

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.

En ocasiones aparece una asimetría en el pliegue inferior de las nalgas, que si bien en ocasiones puede ser normal, se debe considerar este recién nacido como de alto riesgo, estando siempre indicada la ecografía.

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 continúa 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 100º y abducción de 60º 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.

NOTAS