

Contractura congénita en abducción de cadera.

Poster No.: S-0000
Congress: SERAM 2012
Type: Presentación Electrónica Educativa
Authors: M. V. Torres Isidro¹, J. M. arriaga piñeiro², E. Fernández Canabal¹, P. Pérez Varona¹, F. Martín Sandoval¹; ¹Madrid/ES, ²San Lorenzo del Escorial./ES
Keywords: Displasias, Congénito, , Pediatría
DOI: 10.1594/seram2012/S-0000

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method is strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

www.myESR.org

Objetivo docente

Revisar los hallazgos radiológicos que deben hacernos sospechar una contractura congénita en abducción de cadera.

Revisión del tema

A pesar de que Green en el año 1982 estableció una asociación entre la contractura en abducción de una cadera y displasia acetabular en la contralateral y que ya en el año 1954, Weisman describió esta asociación por primera vez, ésta sigue siendo una entidad poco conocida. Sin embargo, es importante reconocerla ya que cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz el pronóstico es excelente (1,2).

Se suele diagnosticar en niños entre 3 y 6 meses. Es más frecuente en niñas y la cadera contracturada con mayor frecuencia es la derecha, lo que algunos autores atribuyen a un probable origen genético (mayor laxitud ligamentosa) y un defecto congénito, en relación con la postura intrauterina del feto. Sin embargo, otros autores creen que se debe a un defecto postural extrauterino (1, 3, 4).

Los niños presentan una asimetría de pliegues glúteos y una aparente disimetría de miembros inferiores, con oblicuidad pélvica, con la cadera en abducción más baja. La cadera contralateral está más alta y en adducción. Estos hallazgos deben alertar al médico de la posibilidad de una displasia acetabular incluso sin demostrarse inestabilidad de la cadera. A diferencia de la luxación congénita de cadera, los signos de Ortolani y Barlow son negativos (1,4).

Está indicado el estudio radiológico para distinguir 2 tipos de contractura en abducción de cadera con diferente pronóstico (5):

-Forma simple. Cadera clínicamente estable y radiológicamente normal. Evoluciona a la curación sin necesidad de tratamiento. [Fig. 1](#) on page 5

-Forma asociada a displasia con subluxación-luxación en la cadera contralateral. Requiere tratamiento ortopédico. [Fig. 2](#) on page 5

Además, las radiografías descartan otras deformidades congénitas de la columna lumbosacra que pueden causar oblicuidad pélvica.

En las radiografías realizadas en proyección AP y posición neutra hay que valorar:

- El índice acetabular
- El desplazamiento lateral del extremo proximal del fémur
- El tamaño del núcleo de osificación de la cabeza femoral

-La línea de Shenton

Los dos primeros parámetros son habitualmente mayores en la cadera displásica, mientras que el núcleo de osificación es de mayor tamaño en la cadera en abducción. La línea de Shenton es útil para valorar el grado de luxación de la cadera displásica (1).

Deben realizarse controles radiológicos periódicos a lo largo del tratamiento hasta que se objetive en la radiografía en posición neutra una buena orientación y cobertura de la cabeza femoral.

Sin un tratamiento adecuado, la contractura en abducción puede provocar una subluxación de la cadera contraria, por lo que el tratamiento debe iniciarse lo antes posible. En las primeras semanas de la vida es suficiente ejercicios de estiramiento pasivo de los abductores. Si los padres no asumen esta tarea, el niño es mayor de 4-5 meses o la contractura es muy intensa hay que inmovilizar las caderas con arneses de Pavlik, que se deben mantener hasta la normalización radiológica (1, 4, 6).

BIBLIOGRAFÍA:

1. GreenNE, Griffin PP. Hip Dysplasia associated with abduction contracture of the contralateral hip. *J Bone Joint Surg* 1982;64-A (9):1273-1281.
2. Weissman SL. Congenital Dysplasia of the Hip. Observations on the "Normal" Joint in Cases of Unilateral Disease. *J. Bone Joint Surg* 1954; 36-B (3); 385-396.
3. Dunn P. Perinatal observations on the etiology of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1976; 119: 11-22.
4. Seral B, Bello ML, Seral I. Contractura congénita en abducción de la cadera y oblicuidad pélvica. *Rev Esp Cir Ost* 1999; 197(34):27-32
5. Seringe R, Langlais J, Bonet JCh. Le basin asymetrique congenital. Etude clinique, radiologique et evolution. *Rev Chir Orthop* 1992; 78: 65-73
6. Salter RB. Etiology , Pathogenesis and Possible Prevention of Congenital Dislocation of the hip. *Canadian Med Assn J* 1968;98: 933-945.

Images for this section:

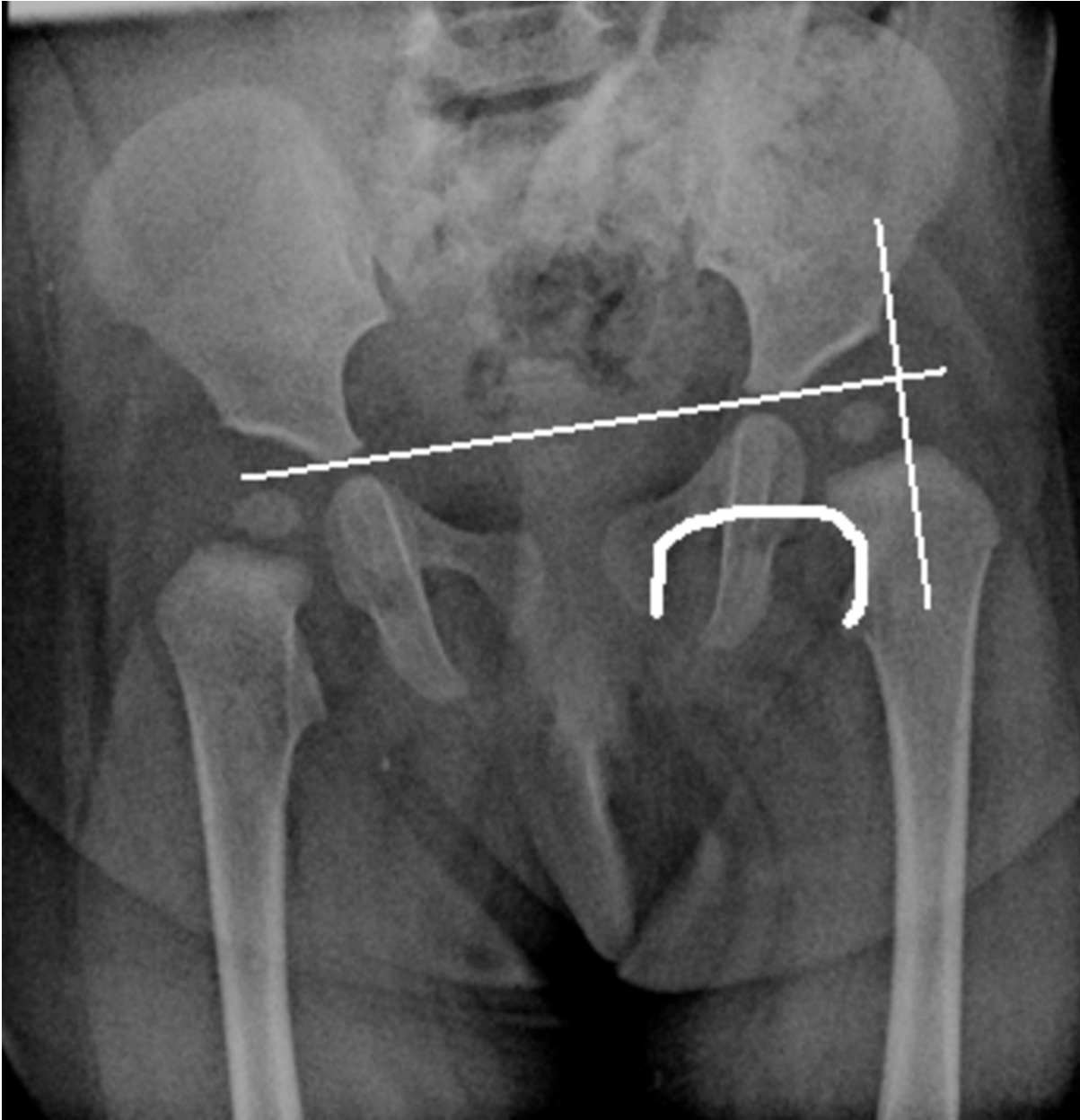


Fig. 1

©



Fig. 2

©

Conclusiones

Ante una pelvis oblicua congénita debemos plantearnos el diagnóstico de contractura congénita en abducción de cadera y valorar la cadera contralateral, para distinguir entre la forma simple y la asociada a displasia acetabular con subluxación-luxación de la cabeza femoral que requerirá tratamiento ortopédico.

Deben realizarse controles radiológicos periódicos hasta que se objetive en la radiografía en posición neutra una buena orientación y cobertura de la cabeza femoral.