

Contractura en abducción de la cadera

A. ARTEAGA DOMÍNGUEZ^a, I. ISUSI FERNÁNDEZ^a, A. GONZÁLEZ DÍEZ^a y E. PRIETO FERNÁNDEZ^b

^aFEA de Rehabilitación. ^bFisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Cabueñes Gijón Asturias

Resumen.—La contractura en abducción de la cadera es una entidad que se detecta por debajo del año de edad, no es habitual ver en una consulta de Rehabilitación general y de la que existe poca literatura. Presentamos una niña que a la edad de 4 meses fue remitida al Hospital tras observar su Pediatra una dismetría de miembros inferiores (MMII). En la exploración se constató tendencia a la flexión y abducción de la cadera derecha, asimetría de los pliegues glúteos, descenso de la hemipelvis derecha con alargamiento aparente del miembro inferior derecho, y una limitación de la adducción de la cadera derecha de unos 20° sin limitación de la movilidad de la izquierda. Asociaba ligera plagiocefalia y tendencia a la rotación derecha del cuello. La radiografía inicial de caderas se encontraba dentro de los límites normales. Efectuó ejercicios de estiramientos, mejorando en gran medida tras 2-3 meses de tratamiento.

La asimetría de los pliegues glúteos y la dismetría relativa de los MMII, explorados en decúbito prono y con fijación de los MMII en extensión, debe hacer sospechar una contractura en abducción de la cadera del miembro más largo. En algunas series de casos se ha observado asociada con plagiocefalia, torticollis, escoliosis, deformidades en los pies, y limitación de la abducción y/o displasia de la cadera contralateral elevada. Existe una maniobra exploratoria que permite cuantificar el grado de contractura en abducción de la cadera, y también un programa sencillo de ejercicios de estiramiento que puede contribuir a su resolución.

Palabras clave: *Contractura de cadera. Rehabilitación. Infancia. Anomalía congénita.*

ABDUCTION CONTRACTURE OF THE HIP

Summary.—Abduction contraction of the hip is a disease that is detected under one year of age, that is not generally seen in the general Rehabilitation office and on which there is little literature. We present the case of a 4 month old baby girl who was referred to the Hospital after her Pediatrician observed a dysmetria of the lower limbs (LLs). In the examination, a tendency to flexion and abduction of the right hip, asymmetry of the gluteal folds, decrease of right hemipelvis with apparent elongation of the right lower limb, and 20% limitation of the

abduction of the right hip without mobility limitation of the left one. She presented associated mild plagiocephaly and tendency to right rotation of the neck. The initial x-ray of the hips was within the normal limits. Stretching exercises were performed, with great improvement after 2-3 months of treatment. The asymmetry of the gluteal folds and the relative dysmetria of the LLs, examined in prone decubitus and with fixation of the LLs in extension should lead us to suspect that this is an abduction contracture of the hip of the longer limb. In some series of cases, it has been observed in association with plagiocephaly, torticollis, scoliosis, deformities in the feet and limitation of abduction and/or elevated contralateral hip dysplasia. There is an exploratory maneuver that makes it possible to quantify the abduction contraction of the hip grade and also a simple program of stretching exercises that can contribute to its resolution.

Key words: *Hip. Contracture. Rehabilitation. Infancy. Congenital abnormality.*

INTRODUCCIÓN

La contractura en abducción (CAB) de la cadera, también denominada oblicuidad pélvica congénita (OPC), se considera una entidad clínica bien definida y mucho más frecuente que la displasia del desarrollo de la cadera¹. Sin embargo, la bibliografía al respecto es muy escasa y, aunque en una consulta de Rehabilitación infantil es frecuente observarla, no lo es tanto en una consulta de Rehabilitación general.

La importancia de identificar este problema es doble. Por un lado, porque puede responder a un programa sencillo de ejercicios de estiramientos. Y por otro, porque puede asociarse a otras entidades como plagiocefalia, torticollis, escoliosis, deformidades en los pies, y limitación de la abducción y/o displasia de la cadera contralateral.

CASO CLÍNICO

Se trata de una niña a la que en la revisión pediátrica de los 4 meses se detectó una asimetría en la longitud de

Trabajo recibido el 13-III-03. Aceptado el 25-VI-03.



Fig. 1.—Alargamiento aparente del miembro inferior derecho y asimetría de los pliegues glúteos. Decúbito prono y con miembros inferiores en extensión.

los miembros inferiores (MMII) y una posible dificultad en la abducción de la cadera izquierda. Fue remitida a la Unidad de Traumatología/Ortopedia Infantil del Hospital, donde le diagnosticaron de una CAB de la cadera derecha, le pautaron un arnés de Pavlik, y la remitieron a Rehabilitación.

No referían antecedentes familiares de interés, el embarazo había sido normal, y el parto había sido por vía vaginal, con presentacióncefálica y empleo de ventosa. Era primogénita y con un peso al nacer de 3.300 gr.

En las exploraciones iniciales de los MMII destacaba: tendencia de la cadera derecha a la flexión y abducción, especialmente en decúbito supino; alargamiento del miembro inferior derecho (MID) con descenso de la hemipelvis derecha y asimetría de los pliegues glúteos, en decúbito prono y al fijar los MMII en extensión (fig. 1); y limitación de la abducción de la cadera derecha de unos 20°, en decúbito prono. La movilidad de la cadera izquierda era aparentemente normal. También se observó ligera plagiocefalia, con el lado izquierdo de la cara más aplanado, y tendencia a la rotación derecha del cuello.

En una radiografía inicial se observaba un índice acetabular (26° derecho y 24° izquierdo) y un porcentaje metafisario (41,3% derecho y 33,3% izquierdo) dentro de límites normales², y una anchura de los núcleos de osificación similar.

Inició tratamiento fisioterápico consistente en movilizaciones generales de ambas caderas y, de forma específica, ejercicios de estiramiento dirigidos a la limitación de la abducción de la cadera derecha. Estos ejercicios se efectuaron también en domicilio con una frecuencia inicial de 6 veces al día. También efectuó tratamiento fisioterápico para el raquis cervical.

Tras 2-3 meses de tratamiento había evolucionado favorablemente, persistiendo en la exploración sólo ligera asimetría de los pliegues glúteos y ligero alargamiento aparente del MID. El arnés de Pavlik fue retirado por Traumatología tras un mes de empleo, y los últimos controles radiológicos se encontraban dentro de la normalidad.

COMENTARIOS

La asimetría de los pliegues glúteos y la dismetría relativa de los MMII, explorados en decúbito prono y con fijación de los MMII en extensión, debe hacer sospechar una CAB de la cadera del miembro más largo³.

En dos series de casos se demostró que la mayoría correspondían a niñas primogénitas con CAB de la cadera derecha, y lo relacionaron con factores mecánicos durante el embarazo y de hiperlaxitud^{3,4}. En todos los niños/as de ambas series la CAB se observó tras haber sido diagnosticados de displasia de la cadera contralateral, confirmando una posible asociación entre ambos problemas. En el trabajo de Green y Griffin³ fueron diagnosticados generalmente entre los 4-5 meses de edad, y en algunos de ellos, se comprobó limitación de la abducción (contractura en aducción) de la cadera displásica elevada.

La oblicuidad pélvica congénita, con CAB de una cadera y/o limitación de la abducción de la contraria, evolucionó de forma espontánea a displasia-subluxación de la cadera elevada (con limitación de la abducción) en el 22,5 % de una amplia serie de casos⁵. Sin embargo, existían dificultades en la interpretación radiológica de las caderas debido a la oblicuidad pélvica. Todos los casos tenían menos de un año en la valoración inicial.

La OPC también se ha asociado a otras entidades, como la plagiocefalia, tortícolis y la escoliosis, en lo que se ha denominado síndrome del niño moldeado⁶ o síndrome TAC (*head Turning, hip Adduction, truncal Curvature*)⁷. En una amplia serie de casos⁷ todos los niños presentaban las tres entidades que definen el síndrome TAC: tortícolis, contractura en aducción de una cadera y escoliosis. Había una relación constante entre el lado de la tortícolis y el de la cadera en aducción, lo que apoyaba

TABLA 1. Maniobra de exploración de la contractura en abducción de la cadera¹⁰

- 1º Niño en decúbito prono y en superficie dura.
Con una mano a nivel de la pierna se mantiene la rodilla en ángulo recto y el pie en posición neutra*.
Con la otra mano se sujetla la pelvis/nalgas.
- 2º Se coloca en abducción máxima la cadera.
- 3º Se aplana la pelvis, corrigiendo cualquier deformidad en flexión de la cadera**.
- 4º De forma gradual se efectúa una adducción de la cadera hasta que se alcance un tope, mientras se mantiene la presión en la pelvis para impedir que ésta se eleve.
- 5º Se mide el ángulo de abducción que forma el muslo con el eje vertical del cuerpo: grado de la contractura en abducción.

* El efecto de la cintilla iliotibial en la rotación de la cadera y en la flexión de la rodilla se elimina manteniendo la rodilla flexionada 90° y en rotación neutra.

** En la posición prono, y con la pelvis y el muslo aplanados, el componente de flexión de la contractura se elimina, pudiéndose medir la verdadera contractura en abducción.

la existencia de presiones intrauterinas anormales como causa de estos problemas. Aproximadamente en la mitad de los casos observaron también CAB de la cadera contraria, y sólo en un pequeño porcentaje la cadera con contractura en adducción (cadera elevada) mostraba signos radiológicos de displasia. Todos los casos fueron diagnosticados por debajo de los 3 meses de edad. La limitación de la abducción se valoró en decúbito supino y con la cadera en flexión.

Por otro lado, los pacientes con desórdenes neuromusculares son propensos a desarrollar OPC, con contractura en abducción, en adducción, o ambas (una cadera con contractura en abducción y la otra con contractura en adducción). Entre dichos desórdenes se encuentran la parálisis cerebral, el mielomeningocele, la distrofia muscular y la poliomielitis^{8,9}.

La CAB es responsable de la tendencia a la flexión y abducción de la cadera cuando se dejan libres los MMII, y al descenso de la hemipelvis correspondiente cuando se alinean los MMII en extensión. Este aspecto es importante para comprender por qué puede aparecer displasia con subluxación progresiva en la cadera contralateral ascendida (la cabeza femoral se dirige supero-lateralmente, estirando la cápsula articular)³, y para conocer la principal maniobra exploratoria de la cadera con CAB (tabla 1, fig. 2)^{3,10}. El clásico test de Ober también se emplea para demostrar la CAB, pero no permite efectuar comparaciones ni cuantificar el grado de contractura^{3,10}.

El tratamiento de la CAB de la cadera consiste en un programa de ejercicios de estiramiento, que sigue la misma técnica que la maniobra exploratoria descrita, pero manteniéndose la tensión alcanzada durante 6-15 segundos y repitiéndolos durante unas 10 veces. Inicialmente

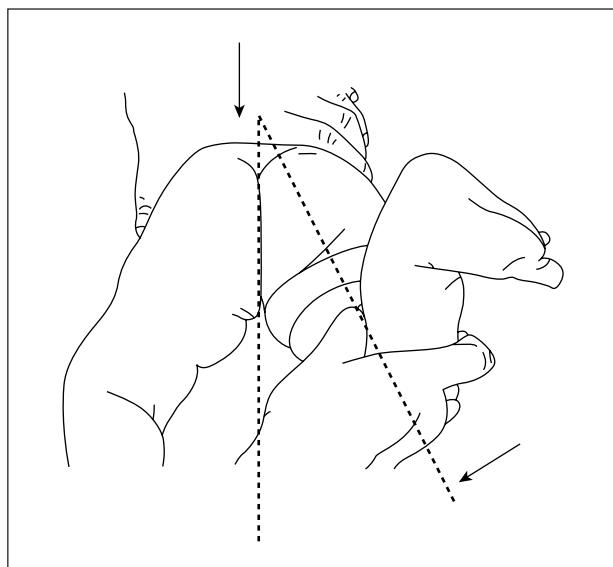


Fig. 2.—Maniobra de exploración de la contractura en abducción de la cadera.

toda la serie de ejercicios se efectúa una 6 veces al día, con cada cambio de pañal, y posteriormente se va reduciendo la frecuencia, manteniéndose el tratamiento hasta que desaparece la CAB o el niño es capaz de mantenerse de pie sin apoyo. En el caso de que se asocie contractura en adducción de la cadera contralateral se efectúan ejercicios de estiramiento en supino y con la cadera en flexión, siguiendo además la pauta habitual si se observan signos radiológicos de displasia^{1,3,6}.

En el caso clínico presentado de CAB de la cadera derecha destaca: la no asociación con contractura en adducción ni con displasia de la cadera contralateral elevada, donde la sospecha inicial de limitación de la abducción de la cadera izquierda no pudo ser confirmada; la asociación con una ligera plagiocefalia y torticis; y la buena respuesta a un programa sencillo de ejercicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conejero Casares JA. Patología de cadera. *Rehabilitación* (Madr) 2001;35 (S1):22-5.
2. Terjesen T, Runden T, Tangerud A. Ultrasonography and radiography of the hip in infants. *Acta Orthop Scand* 1989;60:651-60.
3. Green NE, Griffin PP. Hip dysplasia associated with abduction contracture of the contralateral hip. *J Bone Joint Surg Am* 1982;64:1273-81.
4. Pogrand H, Finsterbush A. Hip dysplasia associated with abduction contracture of the contralateral hip (Letter to the Editor). *J Bone Joint Surg Am* 1983;65:1029-30.
5. Seringe R, Langlais J, Bonnet JC. Congenital asymmetrical pelvis. Clinical, radiological study and outcome. *Rev Chir Orthop Réparatrice Appar Mot* 1992;78:65-73.

6. Good C, Walker G. The hip in the moulded baby syndrome. *J Bone Joint Surg Br* 1984;66:491-2.
7. Hamanishi C, Tanaka S. Turned head-adducted hip-truncal curvature syndrome. *Arch Dis Child* 1994;70:515-9.
8. Winter RB, Carvalho W. Pelvic Obliquity. Its causes and its treatment. *Spine* 1986;11:225-34.
9. Frischhut B, Krismer M, Stoeckl B, Landauer F, Auckenthaler Th. Pelvic tilt in neuromuscular disorders. *J Pediatr Orthop B* 2000;9:221-8.
10. Gautam VK, Anand S. A new test for estimating iliotibial band contracture. *J Bone Joint Surg Br* 1998;80:474-5.

Correspondencia:

A. Arteaga Domínguez
Poeta Ángel González, 4, 4º J
33204 Gijón. Asturias
Correo electrónico: alecar@teleline.es