



Luxación congénita de cadera

P. Wicart, C. Adamsbaum, R. Seringe

La frecuencia de la luxación congénita de cadera es del 6-20 por 1.000 nacidos vivos, por lo que se trata de un problema de pediatría corriente. La teoría de la «postura luxante» intrauterina explica la aparición de esta patología durante la gestación. Los factores genéticos, en particular una hiperlaxitud articular, son elementos predisponentes. La luxación coxofemoral provoca una displasia acetabular de topografía posterosuperior. La detección precoz durante los primeros meses de vida se basa en la exploración física, mediante la que se evalúa la abducción de la cadera y se busca una inestabilidad. La ecografía, que se realiza a los 1-2 meses de edad, sirve de ayuda para la detección precoz. La radiografía, que se realiza a los 4 meses de edad, es el último bastión de la detección precoz. Estas exploraciones radiológicas se realizan si existen factores de riesgo, pero dos tercios de las luxaciones se producen sin que haya estos factores. Se puede realizar una artrografía o una resonancia magnética (RM) en estos casos particulares. La luxación se puede reducir de forma ortopédica, utilizando métodos ambulatorios u otros que requieren hospitalización. La reducción quirúrgica está indicada cuando fracasan los métodos ortopédicos. Las osteotomías pélvicas y/o femorales permiten, cuando es preciso, corregir las anomalías de orientación ósea. Es necesario realizar un seguimiento periódico durante todo el crecimiento.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Luxación congénita de cadera; Postura luxante; Displasia acetabular; Reducción ortopédica; Reducción quirúrgica; Osteotomía femoral; Osteotomía pélvica

Plan

■ Introducción	2	En qué momento se produce la luxación	7
■ Embriología y anatomía de la cadera	2	Mecanismo de desarrollo de la luxación	7
■ Vascularización del extremo proximal del fémur	3	Consecuencias musculares de la posición fetal de los miembros inferiores	7
■ Anatomía patológica	3	Factores que explican las distintas formas anatómicas	7
En el feto y el recién nacido	3	Evolución espontánea de las caderas inestables	8
Clasificación anatómica	4	Problema de las luxaciones de localización anterior	8
En los niños	4	Aplicación del principio de la postura luxante a la postura de recentrado	8
■ Epidemiología	5	Historia natural después del nacimiento	9
■ Etiología	5	Detección precoz	9
Planteamiento clásico	5	Estimación de la postura fetal de los miembros inferiores	10
Concepto de postura luxante prenatal	5	Estudio de la abducción	10
Trabajos experimentales	5	Al final del estudio de la abducción	10
Factores anatómicos	6	Inestabilidad	10
Factores etiológicos	6	Chasquidos	10
		Resultados de la exploración física	10
		Pruebas complementarias	12

■ Tratamiento de la luxación congénita de cadera	14
Tratamiento ortopédico	14
Corrección de las anomalías de orientación ósea acetabular o femoral	17
■ Conclusión	19

■ Introducción

La luxación congénita de cadera (LCC) es una patología congénita que se produce en el período prenatal. Es frecuente y afecta a 6-20 por 1.000 niños nacidos vivos, por lo que supone una preocupación cotidiana para pediatras, médicos generalistas y ortopedas pediátricos.

Conviene distinguir distintas formas de una misma patología:

- luxación: la cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo;
- subluxación: la cabeza no tiene una situación normal en el fondo del acetábulo, sino que está simultáneamente exteriorizada y ascendida, aunque no está completamente fuera del acetábulo;
- displasia: defecto estructural del desarrollo de la cadera que se caracteriza por una deformación de la cavidad acetabular.

■ Embriología y anatomía de la cadera

El período embrionario corresponde a los dos primeros meses de la vida intrauterina durante la que se desarrolla la embriogénesis. Es el período de las malformaciones. En el embrión de 4 semanas (5 mm) aparecen las yemas de los miembros inferiores. Las células mesenquimatosas se orientan para trazar los esbozos femoral (tronco de cono) y pélvico (disco), que se separan muy pronto por una condensación celular. Al final de la séptima semana (22 mm), aparece la hendidura articular, que separa el acetábulo y el fémur, debido a una degeneración celular inducida desde los primeros movimientos^[1] (Fig. 1). El acetábulo puede individualizarse desde la novena semana (40 mm). No puede haber una luxación antes de esta fecha. En este período, también aparecen el cartílago articular, músculos, nervios y vasos.

Una vez culminada la organogénesis, la cadera posee todas las estructuras constitutivas y pasa al período fetal. El mecanismo de crecimiento es doble. El crecimiento intersticial exponencial e inespecífico sigue el programa genético y produce una estructura maleable sobre la que se aplican fuerzas mecánicas cada vez mayores debido al crecimiento del feto. Este modo de crecimiento persiste después del nacimiento, con una cinética considerablemente menor. El crecimiento seriado tiene lugar por las placas de conjunción, que se sitúan en los extremos de cada de cada fragmento diafisario osificado, encargándose del crecimiento axial y, en menor medida, transversal en el seno del cartílago, seguido de una reabsorción del

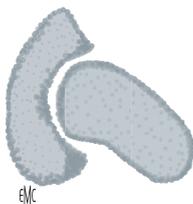


Figura 1. Embrión de 22 mm al final de la séptima semana de gestación. Formación de la cavidad articular por separación del fémur y del hueso ilíaco procedentes de un esbozo común (según Gardner^[1]).

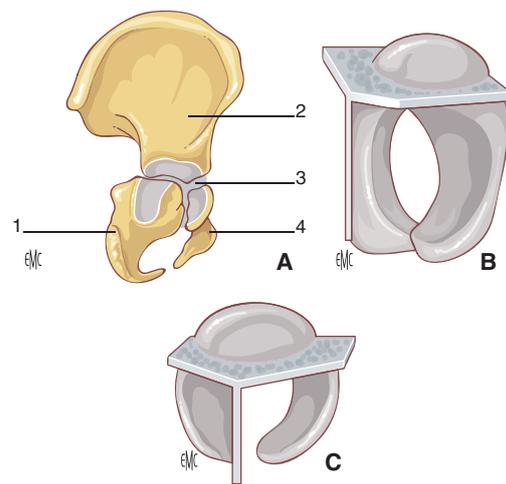


Figura 2.

A. Cartílago en Y (3) en la unión de las tres partes constitutivas del hueso ilíaco: ilion (2), pubis (4) e isquion (1).

B, C. Continuidad del cartílago en Y y de la cavidad acetabular cartilaginosa (B: vista posterolateral, C: vista medial).

cartílago que se sustituye por tejido óseo. El crecimiento seriado aparece secundariamente. El tejido que genera es mucho menos maleable que el surgido por crecimiento intersticial.

Durante el tercer mes, las arterias centrales de los moldes cartilaginosos inducen una osificación con aparición de los núcleos óseos primarios: el núcleo primario de la diáfisis femoral y los núcleos primarios de los tres constituyentes del hueso ilíaco: ilion, isquion y pubis. En la unión de estos tres fragmentos se constituye el acetábulo, más particularmente el cartílago en Y^[2] (Fig. 2).

A partir del quinto mes, la cadera del feto continúa su crecimiento global: la cabeza femoral pasa de un diámetro de 7 mm a los 5 meses a 12 mm al nacer. El cuello sigue siendo corto y rechoncho, mientras que el trocánter mayor está especialmente desarrollado. En el acetábulo, que rodeaba por completo la cabeza a los 4 meses de vida intrauterina, aparece una exposición parcial de su zona profunda durante los últimos meses.

Al nacer, el acetábulo corresponde a una semiesfera en la que la cabeza femoral es estable y no luxable incluso por las maniobras forzadas, que provocarían más un desprendimiento epifisario femoral proximal que una luxación. La cápsula articular, reforzada anteriormente por el ligamento de Bertin, es muy resistente y contribuye a la estabilidad de la cadera. Sin embargo, cuando se reseca esta cápsula, la cadera sigue siendo estable debido a la estabilidad primaria, pero también gracias a la presión negativa existente entre las dos caras articulares. Las movilidades activas y pasivas, que son limitadas al final de la gestación, quedan liberadas al nacer, lo que permite una remodelación armoniosa del acetábulo cartilaginosa y de la cabeza femoral. El perímetro del acetábulo corresponde al borde prominente del limbo, que rodea firmemente la cabeza femoral. En el lado femoral, el cuello es muy corto y sustenta la cabeza, que no es perfectamente esférica. El ángulo cervicodiafisario es del orden de 135 a 145°. La torsión femoral que orienta hacia delante el extremo superior del fémur (denominada impropriamente anteversión del cuello) suele ser de 25 a 30° en recién nacidos. Antes del nacimiento, el fémur está hiperflexionado sobre la pelvis y, debido a la anteversión femoral, la cabeza mira ligeramente hacia atrás, por lo que está perfectamente orientada hacia el fondo del acetábulo, que presenta una discreta anteversión. En cambio, si el fémur está en rotación lateral o presenta una antetorsión femoral importante, la cabeza mira directamente hacia atrás en contacto con el borde posterior del acetábulo y de la cápsula^[3]. La extensión de la cadera que se produce al nacer, que se había

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349176>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349176>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)