

Cadera oblicua congénita. Manejo de patología ortopédica frecuente desde atención primaria

P. Morte Coscolín, L. Arlabán Carpintero, A. Sancho Mensat, T. Moliner Morón,
A. Sancho Mensat, M. Marrero Afonso, C. Villanueva Rodríguez

Centro de Salud de Torrero-La Paz, Zaragoza
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2023; 53: 68-71]

RESUMEN

Antecedentes: La cadera oblicua congénita (COC) es una entidad poco conocida por los pediatras a pesar de su frecuencia. Habitualmente es una patología banal, pero en ocasiones, puede ir asociada a otras alteraciones como la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) contralateral. Es importante conocer su existencia para poder detectarla. **Caso clínico:** Se presenta un paciente de 4 años valorado por asimetría de pliegues glúteos y limitación en la movilización de cadera izquierda, con antecedente de plagiocefalia derecha y tortícolis congénita. En estudio con radiografía, se detecta oblicuidad pélvica, sin signos de displasia. **Discusión:** Ante toda sospecha de COC se debe descartar una displasia de cadera. No existe consenso en cuanto al origen intra o extrauterino de la COC, ni tampoco sobre su necesidad de tratamiento versus observación. Sí destacamos la importancia del consejo sobre cambios posturales para evitar asimetrías o disminuir su progresión..

PALABRAS CLAVE

Cadera oblicua congénita, Displasia de cadera, Asimetría de pliegues.

Congenital pelvic obliquity. Management of frequent orthopaedic pathology from primary care

ABSTRACT

Background: Congenital pelvic obliquity (CPO) is an entity little known by paediatricians despite its frequency. It is usually a trivial pathology, but sometimes it can be associated with other alterations such as developmental dysplasia of the contralateral hip. It is important to know its existence to be able to detect it. **Clinical case:** We present a 4-year-old patient evaluated for gluteal folds asymmetry and limitation in the mobilization of the left hip, with a medical history of right plagiocephaly and congenital torticollis. In radiography study, it is detected pelvic obliquity without signs of dysplasia. **Discussion:** In a case of suspicion of CPO, hip dysplasia should be ruled out. There is no consensus regarding the intrauterine or extrauterine origin of CPO, nor about its need for treatment versus observation. We do highlight the importance of advice on postural changes to avoid asymmetries or reduce their progression.

KEYWORDS

Congenital pelvic obliquity, Hip dysplasia, Fold asymmetry.

Correspondencia: Patricia Morte Coscolín
C/ Doctor Cerrada, 7-13, Escalera 5, 5º B. 50006 Zaragoza
Teléfono: 618 42 43 65
pmortec@salud.aragon.es
Recibido: febrero de 2022. Aceptado: marzo de 2022

ANTECEDENTES

En 1954, Weissman describe por primera vez la Cadera Oblicua Congénita (COC)⁽¹⁾, una entidad poco conocida por los pediatras a pesar de su frecuencia aparece en el 1-7% de los lactantes. Predomina en el sexo femenino y en la cadera derecha⁽²⁾. Se caracteriza por una contractura con acortamiento de la musculatura abductora, tensor de la fascia lata y glúteo medio, con un descenso de la cadera afecta y ascenso de la cadera contralateral⁽³⁾. Puede aparecer aislada o acompañada de otras alteraciones relacionadas con la postura, como plagiocefalia, tortícolis, escoliosis congénita, displasia, luxación o subluxación de la cadera contralateral, torsión tibial interna o externa o metatarso aducto y abducto. Si existen uno o más de estos signos hablamos de TAC Syndrome (head turning -hip adduction-truncal curvature syndrome) o MBS (Moulded Baby Syndrome), conocido como «síndrome del niño moldeado»⁽⁴⁾.

En decúbito prono se observa asimetría de pliegues glúteos y disimetría de extremidades inferiores (EELL). La cadera afecta está en flexión y abducción, con limitación de la aducción y descenso de la pelvis, impresionando dicha pierna de ser más larga, pero con test de Ortolani, Barlow y Galeazzi negativos. La cadera contralateral está en aducción, con limitación de la abducción, elevación de la pelvis y aparente acortamiento. El test de Ober resulta útil para detectar la contractura en abducción de la COC⁽²⁾. Para realizarlo, se coloca al paciente en decúbito prono, el médico sitúa una mano estabilizando la pelvis,

y la otra manteniendo la rodilla en flexión. Se intenta aproximar una rodilla a la otra sin que bascule la pelvis (figura 1). Si existe oblicuidad pélvica, resulta imposible llevar la rodilla hasta la línea media. Esta maniobra es doblemente útil, ya que además de demostrar la contractura en abducción, representa los ejercicios terapéuticos que los padres deben realizar al niño.

El estudio se completa con radiografía o ecografía de cadera, prefiriendo a partir de los 6 meses la radiografía en posición Van Rossen (caderas en abducción y rotación interna de 45°). Sin embargo, el diagnóstico es principalmente clínico, ya que en ocasiones las pruebas de imagen resultan normales.

Habitualmente la COC es una patología banal, siempre que no asocie displasia del desarrollo de la cadera. La contractura en abducción puede ocasionar DDC tardías (a partir de los 6 meses) en el lado contralateral, ya que, al permanecer en aducción forzada, la cadera comienza a desviarse, acortándose los músculos aductores progresivamente, esto provoca una presión excéntrica de la cabeza femoral sobre el acetábulo, y condiciona una displasia en una cadera previamente sana^(1,5).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño varón de cuatro años valorado en atención primaria, derivado de un centro de psicomotricidad por haber apreciado limitación en la movilización de la cadera izquierda. En la exploración destaca

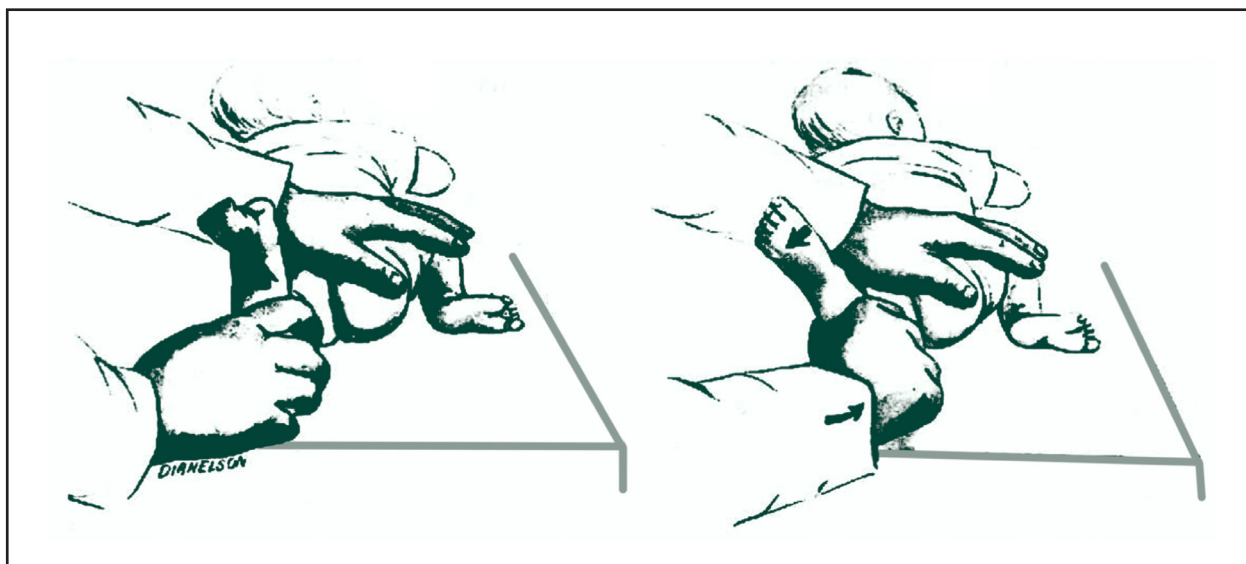


Figura 1. Test de Ober. Extraído de Herring JA, 2002⁽¹³⁾.



Figura 2. Radiografía de cadera con oblicuidad pélvica izquierda.



Figura 3. Radiografía de cadera con oblicuidad pélvica izquierda

asimetría de pliegues glúteos y limitación de la movilidad de la cadera izquierda sin disimetría de EEII. Como antecedentes presentó plagiocefalia derecha y tortícolis congénita tratada mediante fisioterapia. En el estudio con radiografía de cadera (ver figuras 2 y 3) se detectó oblicuidad pélvica, con la cadera derecha discretamente ascendida, en contraposición con la izquierda discretamente descendida, cabezas femorales centradas, y adecuada cobertura acetabular sin signos de displasia.

DISCUSIÓN

La asimetría de pliegues es un hallazgo habitual en pediatría que puede aparecer en un alto porcentaje de niños sanos, pero también asociada a diferentes patologías. Su causa más frecuente no es la luxación de cadera sino la oblicuidad pélvica, una patología habitualmente banal que es importante saber detectar, dado que puede asociar una DDC contralateral, considerándose la COC como criterio de «cadera en riesgo».

Una revisión realizada por A. R. Pérez Miras (fisioterapeuta) sobre COC en los últimos 35 años, analiza los factores que influyen en su presentación⁽⁶⁾. Algunos autores defienden su relación con componentes intrauterinos, ya que la mayor prevalencia de COC derecha puede deberse a la posición mantenida del feto de forma prolongada con la cadera derecha pegada a la cara anterior del útero, y la izquierda a la columna vertebral materna. Otros trabajos han estudiado cómo la postura mantenida del niño en la cuna puede condicionar problemas de modelado,

plagiocefalia, oclusión dental asimétrica y mordida cruzada⁽⁷⁾. A. Marita Valkama observó que la DCC se asocia con plagiocefalia y maloclusión dental, atribuido a la postura que debe mantener el niño por el tratamiento con férula⁽⁸⁾. Hay publicaciones que relacionan la COC con factores extrauterinos como la postura del bebé en la cuna⁽²⁾, lo cual justifican en que la detección de COC se hace entre el primer y sexto mes de vida, un diagnóstico algo tardío, aunque también podría deberse al escaso conocimiento que, en general, tenemos los pediatras de esta entidad.

Es importante destacar que la presencia de plagiocefalia nos debe hacer explorar la cadera con mayor detenimiento y exhaustividad para evaluar la existencia de una COC y posible asociación a DDC.

Todas las asimetrías se relacionan con la postura, y pueden ser causa directa o empeorar las ya existentes. Sabemos que el decúbito supino favorece la presencia de plagiocefalia. Sin embargo, no hemos encontrado publicaciones que confirmen el aumento de casos de COC, escoliosis o disimetrías de EEII, como sí ocurre con la plagiocefalia, que ha aumentado drásticamente desde la introducción en 1994 de la campaña «Back to Sleep»⁽⁹⁾.

El cambio postural del niño cobra gran importancia y debe incluirse en las recomendaciones rutinarias desde la primera visita neonatal o incluso prenatalmente. Una publicación reciente revisa la eficacia de diferentes tratamientos fisioterápicos en la asimetría postural infantil⁽¹⁰⁾. Todos utilizan ejercicios de estiramientos, pero no llegan a un consenso sobre su utilidad. Sin embargo, coinciden

en recomendar tratamientos preventivos posturales, formando parte de un programa integral de clases prenatales. Así, hoy en día parece importante que en la recomendación de «dormir boca arriba», recordemos a los padres el lema de la Sociedad de Pediatría: «Ponle a dormir boca arriba, déjale jugar boca abajo y cógele mucho en brazos», aconsejando cambios posturales.

Algunos autores destacan la necesidad de tratamiento con ejercicios de estiramiento pasivo, aprovechando los cambios de pañal y tras el baño, durante 3-4 semanas, en las que suele alcanzar la normalización^(2,5). Posteriormente deben continuarlos al menos una vez al día hasta que el niño mantenga bipedestación sin apoyo. Existen folletos explicativos disponibles para padres, así como vídeos sobre los ejercicios^(11,12).

La literatura refiere un buen pronóstico con una evolución favorable de la COC⁽³⁾, siempre y cuando no asocie DDC.

La escasez de estudios sobre la COC nos impide comparar si la recuperación del niño es más rápida con tratamiento fisioterápico o con mera observación.

Después de revisar la literatura, queremos destacar la importancia de explorar las caderas de forma metódica ante un niño con plagiocefalia y/o tortícolis congénita. Si tenemos una asimetría de pliegues pensar antes en una COC y ante este diagnóstico, realizar un control de la cadera contralateral para descartar evolución a displasia, afección en la que queda clara la necesidad de medidas ortopédicas y seguimiento por traumatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

- Seral B, Bello ML, Seral F. Contractura congénita en abducción de la cadera y oblicuidad pélvica. *Rev Esp Cir Osteoart.* 1999; 34: 27-32.
- Martínez Blanco J, Fernández Martínez B, Fournier Carreira M, Suárez Castañón C. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 8(69): 19-26.
- Somerville DW, Macnicol MF. Abductor contracture of the hip. *Lowa Orthop J.* 1990(10): 93-97.
- Rubio AS, Griffet JR, Caci H, Bérard E, El Hayek T, Boutté P. The moulded baby syndrome: incidence and risk factors regarding 1001 neonates. *Eur J Pediatr.* 2009; 168(5): 605-11.
- Silva Mancera SF, Valdivieso García JL, del Castillo Codes MD, Ruiz Sanz J, Delgado Martínez AD. Despiñaje de la displasia de cadera en el lactante. En: Ruiz Sanz J, Del Castillo Codes MD, Delgado Martínez AD, eds. *Ortopedia Infantil Práctica para Pediatras.* 1ª edición. Panamericana; 2017; 29-42.
- Pérez Miras AR. Comparativa de casos en el tratamiento, y variables influyentes en la contractura en abducción de cadera del lactante. *Ocronos.* 2020; 3(4): 448.
- Valkama AM, Aarnivala HI, Sato K, Harila V, Heikkinen T, Pirttiniemi P. Plagiocephaly after Neonatal Developmental Dysplasia of the Hip at School Age. *J Clin Med.* 2019; 9(1): 21.
- Harila V, Valkama M, Sato K, Tolleson S, Hanis S, Kau C, Pirttiniemi P. Asimetrías oclusales en niños con luxación congénita de cadera. *Eur J Orthod.* 2012; 34(3): 307-11.
- Turk E J, McCarthy JG, Thorne CH. The back to sleep campaign and deformational plagiocephaly is the cause for concern? *Craneofac Surg.* 1996; 7: 12-8.
- Jung M, Deitermann M, Thöny H. Treatments for Postural Infantile Asymmetry. *J Clin Med.* 2020;1(2).
- Me rehabilito en casa infantil. Ejercicios para oblicuidad pélvica congénita. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=aBr4gO9pW0Y>.
- Sociedad española de rehabilitación infantil (SERI). Área para padres. Disponible en: <http://www.seri.es/index.php/area-para-padres/documentos-seri-para-padres>.
- Herring JA. The Orthopaedic Examination: Clinical Application. En: Herring JA, editor. *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics.* 3ª edición. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2002; 40.