

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PELVIS Y CADERA

En la cadera puede haber dolores aislados, como la periartritis de cadera, por sobrecarga mecánica de los músculos abductores del muslo. También se puede encontrar coxartrosis, con pinzamiento de la interlínea, necrosis del cotilo, geodas y osteofitos.

También se puede encontrar coxitis aisladas por gérmenes con pinzamiento de la interlínea, distrofia de la cabeza femoral, erosiones del cotilo y deformación de la cabeza femoral.

También habrá que pensar en la osteonecrosis.

ZONAS DE DOLOR REFERIDAS A LA PATOLOGÍA

Para una **periartritis de cadera**, el dolor no se presenta forzosamente en la ingle, sino un poco por debajo del triángulo de Scarpa.

La coxartrosis del cuello femoral y la parte posterior del isquión, produce dolor en la parte posterior del muslo.

En la coxitis hay un dolor local en forma de vaina hacia abajo y afuera de la zona media de la nalga. Igualmente para la osteonecrosis, que presenta el mismo tipo de dolor.

En un traumatismo o en tumores benignos, como el osteoma osteoides, o malignos como el sarcoma; pensar la algodistrofia que afecta toda la pelvis.

También son muy importantes las sacroilíacas, que pueden presentar artrosis.

Cuando se observa una cadera hipermóvil, ésta será siempre consecuencia de una artrosis sacro-iliaca, por lo que cuando en una radiografía, se observa una artrosis sacroilíaca que no produce dolor, se debe

investigar su origen en la sínfisis púbica.

CONCLUSION

La cadera origina artrosis sacro-iliaca, ésta repercute en la sínfisis púbica y como resultado da dolor de cadera. "Son articulaciones interrelacionadas".

Para estudiar todo esto, se necesitan radiografías, ya que los dolores no alcanzan para el diagnóstico preciso.

La articulación coxofemoral raramente esta en disfunción primaria, sus disfunciones son secundarias a las lesiones de las articulaciones sacroilíacas y del raquis lumbar, que por intermedio de los músculos repercute sobre la articulación de la cadera.

Habría que diferenciar un problema articular de una disfunción metamérica, traduciéndose por dolores en el dermatoma y el esclerotoma.

Se pueden encontrar dolores como el síndrome del piramidal y dolores unidos a patologías inflamatorias, como la poliartritis reumatoide y la espondilitis anquilosante, que pueden afectar a la cadera o a las sacroilíacas. Patologías del metabolismo como la condrocalcinosis y enfermedades distróficas, como el Paget.

También se puede encontrar patología tumoral, como la enfermedad de Kallher, que afecta a la columna vertebral y cadera. Diferenciar dolores de tipo visceral, como la hernia inguinal, que da dolores en la ingle.

Se deberá hacer un diagnóstico diferencial, con los dolores que llegan a la cadera, como las radiculalgias cruralgias y ciáticas.

DOLORES QUE SE PUEDEN ENCONTRAR EN LA CADERA DURANTE LA PALPACIÓN.

Si hay periartritis, bursitis de cadera y tendinitis, durante la palpación se encontrará un dolor en la parte postero-superior del muslo y en la región pelvitrocantérica.

Se debe buscar dolor en la región inguinal, y de existir se hará la diferenciación entre cruralgia y un problema de cadera.

Buscar dolor palpatorio en los aductores (sínfisis púbica) y localizar el dolor si existe un escalón.

Cuando hay dolor ya sea por enfermedad degenerativa o traumatismo, se debe buscar siempre el dolor en la sínfisis púbica.

Cuando se presenta una osteítis aislada o una inflamación de la sínfisis púbica, se buscará dolor en las sacroilíacas.

Cuando hay dolor en las sacroilíacas, habrá que pensar en una artrosis sacro-iliaca o una sacroileítis. Si existiese dolor en la ingle, habrá que buscar una patología en la sínfisis púbica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL POR IMAGEN.

Para hacer un diagnóstico diferencial, no va a ser suficiente con el tipo y características de dolor, será necesario la pruebas complementarias por imágenes (Rx).

La radiología convencional sigue siendo de gran valor diagnóstico. El diagnóstico radiológico de muchas patologías óseas y articulares, no puede ni debe de realizarse sólo basándose en patrones radiológicos. Es importante conocer también algunas maneras de colocar al paciente, ya que se obtienen radiografías que permiten evaluar localizaciones anatómicas que de otra manera se encuentran ocultas y demostrar así de la manera más conveniente



una anomalía correcta.

El examen radiológico de la cadera ha sido desarrollado por varios autores (Dunlop y cols., Dunn, Letournel, Müller, Rippstein), perfeccionando la técnica de exploración radiológica.

- Proyección antero-posterior de la cadera: esta posición puede ser con el paciente en decúbito supino con las nalgas pegadas, con la cadera en neutro y la pierna en rotación interna de 15° , la dirección del rayo central debe ser sobre la parte media del cuello femoral (en la mitad de la ingle) antero-posterior. De esta manera podemos valorar mejor la longitud del cuello femoral.
- Otra incidencia importante es la proyección lateral en posición de rana en la cual el paciente está en supino, la rodilla de la extremidad a explorar se encuentra flexionada 40° y la cadera en abducción de 45° . La dirección del rayo es horizontal en el plano frontal del cuerpo sobre la parte media del cuello femoral, medio-lateral. Se pide para valorar las displasias de cadera, pero sobre todo, si se hace bilateralmente, para exponer los perfiles de ambas caderas en el adulto.

ÁNGULO DE OBLICUIDAD DEL TECHO COTÍLO (TONNIS)

Mide la orientación del techo acetabular. Corresponde al ángulo entre la horizontal y la línea que forma la unión del límite medial del techo acetabular y su borde lateral. Se considera normal un ángulo menor o igual a 10° y patológico cuando es mayor de 15° . Es utilizado para evaluar la presencia de displasia de cadera en adultos (mayor de 20°), si se acerca a 0° choque femora-acetabular.

ÁNGULO DE COBERTURA EXTERNO (WIBERG)

Este ángulo mide la cobertura lateral del techo acetabular respecto a la cabeza femoral. Se realiza una línea horizontal entre el centro de ambas cabezas femorales y se traza una línea perpendicular a esta que atraviesa el



centro de la cabeza femoral a estudiar. Se traza otra línea entre el centro de la cabeza femoral y el borde más lateral del acetábulo y se mide el ángulo formado con respecto a la línea vertical. Se considera normal un valor mayor a 25° , entre 20 a 25° se considera límite, e inferior a 20° patológico. Los valores bajos suelen indicar una displasia de cadera, con tendencia a la luxación.

ÁNGULO CERVICODIAFISARIO

Corresponde al ángulo entre el eje medio de la diáfisis femoral y el eje medio de la cabeza y cuello femoral).

En el plano frontal, el ángulo del cuello normal o ángulo cervico-diafisario, formado por el eje del cuello y el eje de la diáfisis, es de unos 130 grados. (neck-shaft angle).

En los niños el ángulo normal oscila entre 135° y 145° . En el adulto entre 125° y 135° . Cuando el ángulo es inferior se denomina coxa vara y cuando es superior coxa valga.

ANTEVERSIÓN COXO-FEMORAL:

En un plano horizontal existen dos valores angulares:

1. Ángulo de anteversión del cotilo, de unos 45° y muy difícil de calcular.
2. Ángulo de anteversión del cuello del fémur con relación a la diáfisis, de unos $10-15$ grados.

- ANTEVERSIÓN O TORSIÓN FEMORAL

Es el ángulo formado entre el cuello femoral y el eje bicondíleo posterior (sería el ángulo formado entre el cuello femoral y el suelo si depositáramos el hueso, sólo, apoyándose en el suelo por los cóndilos femorales)

Tanto un aumento como una disminución en el ángulo de anteversión

femoral favorecen el desarrollo precoz de osteoartrosis.

Los ángulos normales de anteversión oscilan entre los 25 y 10 grados

Un ángulo de anteversión disminuido se asocia a mayor frecuencia de epifisiolisis.

PATOLOGÍA DE LA CADERA.

Coxa plana: es causada tras un síndrome de Legg Perthes y Calvé. Se produce una Osteocondrosis de la epífisis capitular del fémur. La cabeza femoral está aplanada y ensanchada en forma de hongo o de boina vasca.

Coxa valga: deformidad de la cadera en la que el ángulo formado por el eje de la cabeza y cuello del fémur y el eje de su diáfisis se halla aumentado significativamente. Se produce un enderezamiento del cuello femoral.

Coxa vara: deformidad de la cadera en la que el ángulo formado por el eje de la cabeza y cuello del fémur y el eje de su diáfisis está disminuido.

Coxa vara luxante: fisura o fractura del cuello del fémur con luxación de la cabeza producida por una coxa vara.

OSTEOCONDritis PRIMITIVA EN EL NIÑO O ENFERMEDAD DE LEGG PERTHE Y CALVE

También llamada necrosis primitiva idiopática o coxa plana.

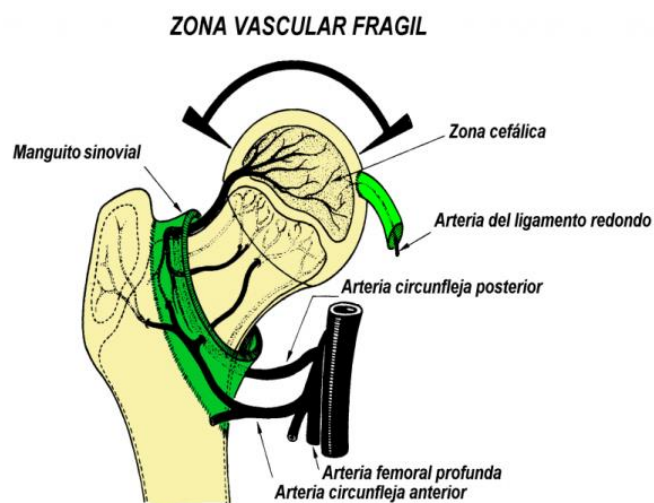
VASCULARIZACIÓN.

La epífisis está vascularizada por la arteria circunfleja posterior, y la metáfisis por vasos de la misma arteria: El cartílago de conjunción es una infranqueable barrera para los vasos.

CRECIMIENTO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE FÉMUR

La epífisis está constituida por el núcleo central que solamente es visible con Rx, y que tiene forma de corona cartilaginosa. El crecimiento se realiza a partir de la corona, que se va adelgazando con el paso de los años.

Hay un balance armonioso entre el cartílago de conjunción cervico-cefálico y trocánter.



PATOGENIA

Es una enfermedad vascular cuyo comienzo puede ser un edema cartilaginoso de etiología desconocida, o un derrame intra-articular. El edema o el derrame comprimen las terminaciones de la arteria circunfleja posterior y por una mala vascularización se produce la necrosis.

ANATOMO-PATOLOGÍA:

- **A nivel del núcleo cefálico:**
 - Período de necrosis: Necrosis más o menos total, que generalmente es de aparición brutal.



- El núcleo tiene una resistencia mecánica escasa y va seguido de una fragilidad de larga duración.
- Período de reconstrucción: Hay una rehabilitación progresiva y muy larga que termina en una solidez definitiva de la cabeza. El cotilo permanece intacto y como mantiene su forma esférica, sirve para remodelar la cabeza femoral, salvo que el núcleo esté aplastado por un apoyo muy continuado.
 - Uno de los tratamientos más importantes, consiste en mantener la pierna en descarga, para que no aparezca la coxa plana y definitiva. La enfermedad suele durar de 18 meses a 4 años.
- Período de fragilidad: A medida que se va cargando sobre la cabeza femoral, hay mayor riesgo de coxa plana, pues el aplastamiento es debido a las fuerzas mecánicas.
- **A nivel de la metáfasis.**

Hay acortamiento y espesamiento del cuello que va más hacia abajo. A pesar de la osteonecrosis, y aunque la cabeza femoral se conserve esférica, siempre habrá marcas en el cuello del fémur, que es más corto y grueso.

CLÍNICA

Es una enfermedad generalmente bilateral, que afecta al niño en un 90% de los casos. Comienza entre los 4 y 8 años, es muy rara antes de los 5 meses y después de los 10 años.

- **Comienzo**:
 - En un 90% de los casos hay un pequeño dolor difuso en la cadera, o en la rodilla, y el niño cojea; en el 10% restante, los dolores son violentos con impotencia funcional. Estos signos son pasajeros, muchos dolores sobre todo cuando hacen deporte o han corrido.
 - Es muy raro que estos niños se vean en una consulta de osteopatía, ya que suelen ser descubiertos por médicos, al consultar por los



primeros dolores, sobre todo cuando hacen deporte o han corrido.

- En cuanto al aspecto radiológico, será necesario pedir Rx de frente, en rotación interna máxima para liberar el cuello el fémur, apreciar su longitud y poder medirlo. En la placa se encontrará:
 - Un ensanchamiento de la interlínea, debido al derrame.
 - Una condensación del núcleo.
 - Manchas en la metáfisis.
- Si se supone el diagnóstico o ya está confirmado, se coloca al niño en descarga inmediatamente. El diagnóstico deberá confirmarse con Rx de control 3 semanas más tarde.

- **Fase de estado o de enfermedad declarada:**

- Al examen puede existir:
 - Marcha normal o cojera.
 - Dolores o no.
 - Amiotrofia o atrofia muscular.
 - Limitación de la abducción y rotación interna.
- En el estudio radiológico se observará:
 - Un espesamiento del cuello. Una condensación del núcleo que estará aplastado si el niño ha caminado o no se ha diagnosticado a tiempo, por la carga ejercida.
- **CLASIFICACIÓN DE CATERAL:** Esta hecha en función de la extensión de las lesiones de la epífisis:
 - **Grupo 1:** Lesiones difusas y ligeras del núcleo con el cartílago de crecimiento intacto.
 - **Grupo 2:** DISFUNCIÓN del segmento anterior, con osteonecrosis que se corresponde con la fase de comienzo.
 - **Grupo 3:** Sólo esta intacta una pequeña sección posterior.
 - **Grupo 4:** DISFUNCIÓN completa del cartílago de crecimiento con desórdenes metafisiarios del hueso y osteonecrosis total de la cabeza.

Los grupos 3 y 4 se corresponden con la fase de estado.



Cuando la osteonecrosis no se diagnostica a tiempo, el núcleo de osificación está deformado por la necrosis y no tiene la forma de crecimiento correcto de la cabeza: Es invalidante para el niño y a los 30 ó 40 años se deberá realizar una prótesis de cadera.

- **Fase de reparación:**

- A medida que el niño está en descarga los dolores desaparecen, pero las limitaciones persisten. La cabeza es rehabilitada por un núcleo más claro (en la Rx) y estará ligeramente deformada o será esférica si la descarga ha estado bien hecha y a tiempo.
- La reparación comienza a los 18 meses, después del primer signo y dura de 1 a 2 años (la reparación total)

- **Fase de secuelas en el adulto.**

- a. Movimientos posibles en un solo plano: flexo-extensión, pues la limitación es debida al aplanamiento de la cabeza que deforma la cadera: en la Rx se observa la interlínea regular pero no esférica.
- b. Artrosis, constante pero de aparición tardía.

TRATAMIENTO EN EL NIÑO.

Descarga del paciente para permitir la mejor recuperación de la forma esférica de la cabeza, ya que lo más importante es evitar la deformación de la cabeza durante la fase de reconstrucción. Si no se han obtenido buenos resultados se hace un tratamiento ortopédico y finalmente quirúrgico.

Tratamiento ortopédico:

- Tracción continua, en la cama, durante varios meses.
- Yeso en extensión.
- Aparato de descarga en Torrento o de Tachdjian.

Tratamiento quirúrgico: Se recomienda a largo plazo, o antes o si la



osteonecrosis es importante y la cabeza femoral se luxa para relanzar la vascularización (latigazo vascular) y acortar la evolución artrósica.

NECROSIS IDIOPÁTICAS DE LA CABEZA FEMORAL

DEFINICIÓN:

Es una mortificación de una parte o de la totalidad de la cabeza femoral.

Pueden ser primitivas, o secundarias a una isquemia de las arterias nutritivas capsulares, después de una fractura del cuello del fémur, de una luxación de la cabeza femoral, de una embolia arterial, o de una compresión vascular gaseosa (enfermedad de descompresión que se da en los submarinistas)

CIRCUNSTANCIAS DE APARICIÓN:

1. Predomina en el hombre de 30 a 60 años, es bilateral en el 40% de los casos.
2. Se observan numerosos factores favorecedores:
3. Contusiones.
4. Reposo en cama durante un tiempo prolongado.
5. Etilismo crónico.
6. Gota (hiperuremia)
7. Hiperlipidemia.
8. Lupus eritematoso diseminado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

- Hundimiento segmentario de la cúpula superior de la cabeza femoral que se traduce por un pliegue más o menos profundo del cartílago articular, circunscribiendo la zona de necrosis; este hundimiento a veces termina en un desgarró del cartílago articular.



- El hueso subyacente que está necrosado se presenta blanquecino, y separado del resto del hueso por una banda rojiza fibrosa.

ESTUDIO CLÍNICO:

- Dolor:
 - La topografía es la misma que para la coxartrosis.
 - A veces aparece progresivamente, pero casi siempre es de aparición brutal.
 - El dolor es primero de tipo mecánico, y después de tipo inflamatorio.
 - Aumenta con la tos y puede simular una ciatalgia.
 - Es fácil determinar la fecha de inicio.
- Cojera: Aparece más tarde y es más importante que en la coxartrosis.
 - Limitación de las amplitudes: Debido al dolor (aumento moderado al principio, lo que contrasta con la intensidad de los dolores)
 - Limitación de las rotaciones.
 - Limitación de la abducción.
- Actitudes viciosas: Rotación externa y flexum de cadera.

RADIOLOGÍA:

Dificultades de diagnóstico al principio, los primeros signos son visibles solamente después de algunos meses.

Tres etapas:

- Etapa de comienzo
 - Osteocondensación de la periferia en la necrosis.
 - Hundimiento de lo que rodea la cabeza, con pérdida de la esfericidad.
- Etapa de estado.



- Desprendimiento en forma de escalera de la periferia de la necrosis.
- Secuestro óseo.
- Yuxtaposición de zonas claras y de osteocondensación dando un aspecto clásico de imagen de cáscara de huevo o de casquete claro sobre zócalo denso.
- Etapa retrasada.
 - "Artrosis" secundaria a la necrosis.DISFUNCIÓN asociada del cotilo.

EVOLUCIÓN:

La evolución es difícil de prever, a menudo existe un dolor importante durante los dos primeros años, lo que provoca una operación después de esta etapa. Después de 20 años, hay importantes deformaciones anatómicas que contrastan con una buena tolerancia clínica.

TRATAMIENTO:

- Sujeto mayor de 60 años. Después del fracaso de otros tratamientos: prótesis total.
- Sujeto menor de 60 años.
 - Tratamiento médico.
 - Analgésicos.
 - Antiinflamatorios.
 - Reposo en cama.
 - Perforación biopsica diagnóstica.
 - Cirugía: Después de 2 años de evolución.
 - Osteotomía.
 - Cúpula ajustada.



EPIFISIOLOSIS FEMORAL SUPERIOR DEL ADOLESCENTE

También conocida como coxa vara de los adolescentes, es una distrofia del cartílago de crecimiento de la extremidad del fémur, que va acompañada a menudo de un desplazamiento hacia atrás y abajo del núcleo epifisario.

CIRCUNSTANCIAS DE APARICIÓN.

Esta enfermedad se observa durante los periodos de crecimiento rápido de la pubertad.

- Entre los 12 y 16 años en el niño.
- Entre los 10 y 14 años en la niña, pero nunca después de las primeras reglas.

Se puede observar cuando existe un desequilibrio endócrino que provoca un estado vecino al de la pubertad (enfermedad de la hipófisis, tiroides, suprarrenales). "El jovencito gordo, hinchado e impúber es un terreno predispuesto".

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Se trata de una DISFUNCIÓN primaria del cartílago epifisario que hace que la cabeza ya no esté sujeta solidamente al cuello. Se observa:

- Transformación de la sustancia fundamental que se vuelve fibrilar.
- Interrupción de la zona de osificación de la cara metafisaria del cartílago de crecimiento que provoca soluciones de continuidad.
- Trastornos de la línea epifisaria del cartílago, que se vuelve irregular.

PATOGENIA:

- **Factores mecánicos.**



- El manguito de periostio que sostiene la cabeza al cuello es afectado por las fuerzas mecánicas muy fuertes que empujan la cabeza hacia abajo y atrás.
 - El desplazamiento del casquete epifisario puede ser debido a un traumatismo mínimo por lo que habrá un deslizamiento agudo.
 - Puede ser debido a la posición de pie o la marcha, entonces habrá deslizamiento progresivo.

NOTA: Esta enfermedad siempre debe ser considerada como bilateral.

- **Factores circulatorios**

- Insuficiencia circulatoria precoz del pedículo vascular inferior.

CLÍNICA:

- **Forma progresiva**

- Anamnesis:
 - Dolor de la cadera o gonalgia al caminar, con cojera.

NOTA: Toda molestia funcional de la cadera o de la rodilla en el adolescente, debe hacer sospechar una epifisiolisis

- Examen:
 - Disminución de la rotación interna.
- Estudio radiológico.
 - Cliché de frente:
 - Disminución de la altura de la epífisis.
 - La línea del borde superior del cuello recuadra menos el núcleo.
 - Metáfasis con manchas.
 - Cartílago de crecimiento, en forma de "mil hojas".



- Cliché de perfil:
 - Grado de bascula anterior.
- **Forma aguda.**
 - Anamnesis:
 - Después de un traumatismo mínimo.
 - Dolor.
 - Impotencia total
 - Examen:
 - Ídem fractura de cuello de fémur.
 - Miembro inferior en rotación externa y acortamiento.
 - Estudio radiológico:
 - Cliché de frente:
 - Cuello despegado de la epífisis.
 - Epífisis basculada hacia abajo y atrás.
 - Cuello abultado deformado.
 - Cliché de perfil:
 - Dislocación:
- **Forma retrasada:**
 - Examen:
 - Cojera.
 - Deformación en rotación externa, inversión y acortamiento.
 - Limitación de los movimientos de la cadera.
 - Estudio radiológicos:
 - Lesiones articulares visibles.

EVOLUCIÓN.

- **Favorable**
 - Evolución variable, buenos resultados en las formas menores tratadas precozmente.
- **Complicaciones**:



- Necrosis del núcleo epifisario: Debido a la interrupción de la vascularización, por una compresión posterior a nivel del cuello de la arteria primitiva.
- Anquilosis fibrosa. Debido a una destrucción del cartílago articular femoral y cotiloideo.
- Coxartrosis. Es la consecuencia de la incongruencia, debida a la anquilosis de los cartílagos de conjunción con un desplazamiento.
- **Secuelas**.
 - Coxartrosis.
 - Desigualdad de longitud de los miembros inferiores.
 - Limitación de la movilidad de la cadera.

TRATAMIENTO:

Esta basado en la prevención o la corrección bilateral.

- Prevención: Fijación de la epífisis en cuanto el diagnóstico este hecho, si el desplazamiento es débil.
- Corrección. Colocación del casquete, sin dejar la vascularización.
- Kinesiterapia: Movilización precoz a causa de los riesgos de anquilosis: existen riesgos de necrosis laminarias.

COXARTROSIS

Es una artrosis frecuente y severa de la coxofemoral, que provoca una impotencia funcional, a veces muy importante.

ANATOMO - PATOLOGÍA.

- **Lesiones histológicas.**
 - Hay una destrucción de los condrocitos y de las fibras colágenas del cartílago, debido a una despolimerización de los mucopolisacáridos de la sustancia fundamental.



- Hay destrucción del cartílago articular o pérdida de sus cualidades.
- Pérdida de la resistencia y elasticidad.
- Pérdida de la amortiguación de los golpes (cartílago frágil y blando)
- **Factores favorecedores.**
 - Microtraumatismos.
 - Lesiones de osteonecrosis (factores vasculares arteriales predominantes)
 - Fracturas intra o extra articulares.
 - Artritis evolutivas o estabilizadas.
 - Malformaciones congénitas o adquiridas.
 - Obesidad.
 - Ninguna causa en un 45% de los casos.

CLASIFICACIÓN:

- **Según las causas: primitiva o secundaria.**
- **Según la topografía:**
 - Superoexterna.
 - Global.
 - Interna.
- **Según el estudio radiológico:**
 - Comienzo de evolución.
 - Medianamente evolucionada.
 - Muy evolucionada
- **Según el estudio funcional:**
 - No invalidante.
 - Poco invalidante.
 - Medianamente invalidante.
 - Muy invalidante.

NOTA: Uni o bilateral (55%) se tendrá en cuenta el terreno: Edad -



Peso - Sexo - Presencia de otras localizaciones.

COXARTROSIS PRIMITIVAS: 45%.

- **Factores favorecedores.**

- Sexo femenino, obesidad, varices, estado de la piel.

- **Signos clínicos:**

- Dolor:

- Topografía:

- Dolor anterior, irradiado hacia la ingle.
- Dolor externo, irradiado hacia el trocánter mayor.
- Dolor posterior, simulando una ciática.
- Dolor proyectado al muslo y a la rodilla.
- Irradiación ascendente hacia la cresta iliaca.

- Carácter:

- Dolor de tipo mecánico, que aumenta al final del día (movilización y fatiga), calma con el reposo y el calor.

- Limitación de los movimientos:

- Ponerse en puntillas, atarse los cordones, sentarse en un coche y cruzarse de piernas es imposible.
- Durante el examen se medirán: la flexión, extensión, rotaciones y separación intra maleolar.

- Actitudes viciosas:

- Flexión y rotación externa de cadera.

- Molestia funcional.

- Importancia y tipo de coqueo, perímetro de marcha, utilización de una muleta, incidencia socio - profesional.

- **Radiología:**

- Clichés de frente de las dos coxofemorales; cliché del falso perfil de Lesquesne, que permite apreciar el ángulo de cubierta anterior del techo del cotilo.



- Cadera normal.
 - Ángulo de cubierta externo VCE igual o superior a 25 grados.
 - Ángulo oblicuidad del techo del cotilo HTE inferior a 10 grados.
 - Ángulo cervicodiafisario CC'D igual a 135 grados.
 - Ángulo de cubierta anterior del techo VCA igual o superior a 25 grados.
- Cadera patológica:
 - Pinzamiento articular:
 - Osteofitosis.
 - Del ante-techo.
 - Del doble fondo.
 - Periarticular.
 - Del cuerno que la rodea.
 - Cervico-cefálico superior.
 - Del suelo.
 - Cervico-cefálico inferior.
 - Del cuello.
 - En "hamaca"
 - Geodas pseudo-quísticas.
 - Osteocondensación subcondral.
- **Evolución:**
 - Evolución lenta, con empujes, el dolor aparece varios años después de los primeros signos de Rx (hacia los 60 grados)
 - Después del perímetro de marcha (paso menor de 38 cm.).
 - En caso de bilateralización, este plano puede disminuir y el paciente necesitará el apoyo de muletas o bastones.
- **En formas clínicas**
 - Coxartrosis de evolución lenta en el joven.



- Coxartrosis de evolución rápida en el anciano.

COXARTROSIS SECUNDARIAS:

- Malformaciones luxadoras:
 - Luxación: Es la forma mayor, nunca hay complicaciones artrósicas.
 - Subluxación: Provoca una coxartrosis entre 25 y 40 años, debido a un apoyo defectuoso de la cabeza en un cotilo ovalado.
 - Displasia congénita:
 - El ángulo VCE es inferior a 25 grados.
 - El ángulo HTE es superior a 10 grados.
 - El ángulo VCA es inferior a 30 grados.
 - Coxa-valga (CC'D superior a 140 grados)
 - Exageración de la ante versión del cuello visible sobre el falso perfil de Lequesne.
 - Signos clínicos:
 - Idem coxartrosis primitiva, con una cuestión de herencia y contexto geográfico.
 - Edad de aparición más precoz en los displásicos.
 - Radiografía:
 - El estudio coxométrico muestra el signo del impacto del cuello De Sèze.
 - Anomalía de los ángulos VCE, HTE, VCA y CC'D.
 - Anteversión del cuello.
 - Apreciación de la congruencia después de la corrección en abducción o aducción.
 - Protrusiones acetabulares.
 - Es una malformación inversa a la displasia, la cabeza femoral está unida al cotilo.
 - Mejor tolerada que la forma precedente, hay una exageración del ángulo VCE e inversión del ángulo HTE



- Existe coxa vara (CC'D inferior a 130 grados)
- Traumatismos
- Fracturas de la cabeza o del cotilo, contusiones que provocan una artrosis debido a lesiones cartilaginosas o a necrosis.
- Coxa plana.
 - Es una necrosis congénita de la cabeza femoral que aparece en el niño, entre los 3 y 10 años de edad.
 - Hay un aplastamiento de la cabeza femoral que se ovaliza, con acortamiento del cuello y deformación del cotilo.
 - La artrosis comienza entre los 30 y 50 años.
- Coxa retrorsa:
 - Es una secuela de un deslizamiento epifisario, que aparece en el adolescente.
 - Deslizamiento hacia abajo, adentro y atrás durante un golpe.
- Secuela de coxitis.
 - Son malformaciones complejas, las epífisis no se desarrollan durante el crecimiento (plastispondilia, dismorfia de las cabezas femorales)
 - Ejemplos: Enfermedad de Morquio, displasia epifisaria.

TRATAMIENTO:

- Tratamiento médico.
 - Indicaciones:
 - Coxartrosis primitivas que se ven pronto en el joven.
 - Coxartrosis secundarias vistas muy pronto o muy tarde para ser operadas.
 - Coxartrosis secundarias no operables.
 - Metas:
 - Suprimir o disminuir el dolor con analgésicos (aspirina)



NOTA: Las inyecciones de cortisona intraarticulares, deben prescribirse, ya que existen riesgos de infección y constituyen microtraumatismos que pueden acelerar el proceso patológico.

- Vigilar el deterioro de la articulación, reduciendo las fuerzas de presión, para frenar el mismo (adelgazamiento, disminución de posición de pie prolongada)
- Corrección de las deformaciones, gracias a posturas y al llevar plantillas.

LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA

Es la malformación de la articulación de la cadera, hay una alteración en la relación entre el cótilo y la cabeza femoral. Conlleva un grado variable de malformación. La padecen 1-1000 niños.

- **Etiología:**
 - Factores genéticos (laxitud)
 - Parto de nalgas
 - Displasia (desarrollo anormal)
- **Factores de riesgo:**
 - Ser el primer hijo
 - Sexo femenino
 - Antecedentes familiares
- **Maniobras:**

Ortolani y Barlow. La prueba de Barlow y Ortolani: evalúan una posible afectación de la articulación de la cadera en los recién nacidos. La maniobra de Ortolani es una maniobra que busca la reducción de la cadera subluxada.

Maniobra o signo de Barlow: Se flexiona la cadera a 90° y se abduce unos 45°, a partir de esta posición se aduce (se aproxima hacia la línea media) mientras se ejerce una fuerza suave hacia atrás y hacia fuera con el pulgar. Durante la aducción puede sentirse la luxación de cadera (signo de Barlow)

positivo), lo cual es signo de displasia de cadera.

Maniobra de Ortolani: Con el niño desnudo y en decúbito supino, el terapeuta contacta con una mano sobre la parte anterior del muslo, con el 1er dedo en contacto con la ingle y el resto hacia el trocánter mayor, la otra mano abarca la rodilla.

Se colocan simultáneamente las 2 caderas en flexión de 90° y rodilla en flexión de 90°. Desde esta posición de caderas se lleva hacia la abducción, si el niño presenta displasia se produce un resalto de entrada de la cabeza femoral que se palapa con los dedos.

ATRAPAMIENTO O CHOQUE FEMOROACETABULAR

El choque femoroacetabular es el conflicto de espacio entre la cabeza – cuello femoral y el reborde acetabular anterior.

Es el origen del dolor de la cadera en muchos adultos jóvenes. Cuando el paciente realiza una flexión forzada con rotación interna, se produce un choque entre la prominencia ósea femoral y el reborde anterosuperior del acetábulo.

a) Tipo “cam” o Leva: La esfericidad de la cabeza femoral esta alterada con la presencia de una prominencia ósea (giba) en la transición cabeza-cuello, que en flexión y rotación interna eleva el labrum acetabular y ejerce un efecto lesivo de compresión. Es mas frecuente en varones donde se correlaciona directamente con la coxartrosis precoz del adulto joven

b) Tipo “pincer” o Tenaza: Mas frecuente en mujeres de mediana edad que practican deporte. Presentan una esfericidad normal de la cabeza femoral pero el cuello femoral choca con el labrum gracias a una pared acetabular prominente.

Con el paso del tiempo, se produce un efecto de contragolpe en el

margen postero-inferior del acetábulo.

El margen anterolateral prominente del acetábulo actúa como un tope que limita la flexión-aducción y rotación interna de la cadera.

Puede asociarse a coxa vara, coxa profunda y en algún caso a displasias acetabulares leves con retroversion.

MANIOBRA DE CHOQUE:

El paciente evoca dolor a la maniobra de flexión a 90° con rotación interna y adducción de la cadera (lesión labral).

Si en el punto de flexión-aducción-rotación interna que provoca el dolor en el paciente colocamos una mano en el hueso poplíteo y efectuamos tracción sobre la cadera el paciente refiere un alivio inmediato del dolor. Es lo que se conoce como la Maniobra de Descompresión de Ribas.

SCORUR TEST:

Será positivo a la flexión con rotación interna y compresión axial siendo doloroso en caso de choque femoro-acetabular por el choque de la cabeza femoral contra el borde acetabular.

FRACTURAS DE CADERA

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos. Los pacientes que sufren de esta patología pueden padecer serias complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su independencia.

La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años (edad media 80 años) y más frecuente en mujeres (2 de cada 3). Son producto de traumas de baja energía, ya que suelen presentar factores de riesgo asociados como



osteoporosis, vida sedentaria y enfermedades asociadas.

En la población menor de 50 años este tipo de lesiones están relacionadas con traumas de alta energía, los cuales son cada vez más frecuentes debido a la alta incidencia de accidentes de tráfico.

CLASIFICACIÓN DE PAUWELS, se tiene en cuenta el ángulo formado entre una horizontal tangencial al trocánter mayor y la línea de trazo de fractura, y se las clasifica de:

- Tipo I: ángulo $< 30^\circ$;
- Tipo II: ángulo entre $30^\circ - 50^\circ$.
- Tipo III: ángulo $> 50^\circ$.

FRACTURAS DEL ACETÁBULO.

Las fracturas del acetábulo se han incrementado debido al aumento de accidentes de tráfico. (flexión de cadera, con los pies apoyados en el salpicadero). Se asocia a otras lesiones que pueden causar la muerte del paciente, tanto de forma inmediata como tardía.

- **CLASIFICACIÓN:** Se dividen en:
 - Fracturas parcialmente articulares:
 - Transvesales;
 - De la pared posterior;
 - De la columna anterior;
 - Fracturas articulares complejas.

LIBRO DE REFERENCIA

- ✓ Henández Vaquero. La cadera. Ed. Médica Panamericana . 1997
- ✓ Burgos Flores J. La cadera. Ed. Médica Panamericana. 1997