

# Tratamiento rehabilitador de la abducción de la cadera en el lactante

**Autor:** Pérez Miras, Ana Rosa (Diplomada Universitaria en Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Oviedo, Fisioterapeuta, atención especializada Area V, SESPA).

**Público:** Fisioterapeutas, Enfermeros, Rehabilitadores. **Materia:** Fisioterapia, Rehabilitación. **Idioma:** Español.

**Título:** Tratamiento rehabilitador de la abducción de la cadera en el lactante.

## Resumen

Descrita hace más de medio siglo por Weissman, quien en el año 1954 realizó un estudio con 51 casos, la oblicuidad pélvica congénita (OPC, o CAB) se presenta como una patología que afecta con frecuencia al lactante. Tiene una cierta preferencia por el género femenino (78%) y afecta en mayor medida a bebés primogénitos (89%). A pesar de que su incidencia es superior a la de la displasia evolutiva de cadera (incidencia de entre el 1% y el 7,3%), existe muy poca bibliografía al respecto, siendo esta la razón por la que es poco conocida para algunos pediatras.

**Palabras clave:** Oblicuidad pélvica congénita, Contractura en abducción de la cadera, Lactante.

**Title:** Rehabilitation treatment of the contracture in abduction of the hip in the infant.

## Abstract

Described more than half a century ago by Weissman, who in 1954 conducted a study with 51 cases, congenital pelvic obliquity (OPC, or CAB) is a pathology that frequently affects the infant. It has a certain preference for the female gender (78%) and affects firstborn babies (89%) to a greater extent. Although its incidence is higher than that of hip evolutionary dysplasia (incidence between 1% and 7.3%), there is very little literature on this, which is why it is little known to some pediatricians.

**Keywords:** Congenital pelvic obliquity, Hip's abduction contracture, Infant.

Recibido 2018-07-29; Aceptado 2018-08-07; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098157

## INTRODUCCIÓN

La contractura en abducción de la cadera (CAB), también denominada OPC (oblicuidad pélvica congénita), es una patología frecuente en lactantes, la cual se diagnostica habitualmente en niños durante su primer año de vida, obteniendo principalmente resultados normales en las pruebas radiológicas de cadera.

La CAB, se produce como consecuencia de una contractura unilateral de los abductores, glúteos (destacando el mediano), y tensor de la fascia lata, esto lleva a que el niño presente una posición en la cual la pelvis de ese lado está descendida, presentando además la pierna en una posición de: abducción y flexión

Con frecuencia a los niños que la padecen también se le asocian otras alteraciones a nivel craneal, siendo habitual encontrar casos que se acompañan de plagiocefalia y de tortícolis, así como de alteraciones del raquis (escoliosis), y acompañamiento de contractura en aducción de la cadera contralateral, a este conjunto de patologías es a lo que llamamos síndrome TAC (head Turning, hip Adduction, truncal Curvature), también conocido como síndrome del niño moldeado, en ocasiones estos niños también sufrirán deformidades a nivel de los pies, orejas o displasia de la cadera contralateral.

## EXPLORACIÓN/ SIGNOS

El diagnóstico se basa principalmente en la clínica, aunque las ecografías y radiografías pueden ser de ayuda para confirmar su diagnóstico, su identificación es más frecuente en niños entre los tres y los seis meses de vida.

Para la exploración, colocaremos al niño sobre una superficie dura en decúbito prono, fijando con una mano la pierna mantendremos la rodilla formando un ángulo recto, tratando de que el pie permanezca en posición neutra, con la mano libre sujetamos la pelvis, llevando primero a abducción máxima la cadera, para posteriormente de forma progresiva llevar la cadera a aducción hasta alcanzar un tope, el grado de contractura en abducción lo obtendremos de la medición del

ángulo de abducción que forma el muslo con el eje vertical del cuerpo. Para que no haya errores de medición, durante toda la exploración mantendremos una presión constante en la pelvis para evitar su elevación.

Durante la exploración del niño observaremos los siguientes signos:

- Una disimetría de miembros inferiores, con el paciente colocado en decúbito prono y con los miembros inferiores fijados en extensión nos hará sospechar la presencia de una contractura, en la cadera de la extremidad más larga, ya que la hemipelvis del lado afecto se presentará descendida, con una cierta tendencia a la flexión y a la abducción, viéndose acompañada de una ligera limitación en el movimiento de aducción del lado de la contractura.
- El niño presenta una asimetría de los pliegues glúteos, lo cual cabe decir que no siempre es un indicador de OPC.
- En decúbito supino podemos observar como en ocasiones el lado contralateral sufre una limitación de la abducción (contractura en aducción), con un ascenso de la hemipelvis y una elevación por lo tanto de la extremidad.
- En un alto porcentaje de los casos, la cadera contralateral, sufre el riesgo de presentar una displasia, luxación o subluxación (10-20%)
- Síndrome del niño moldeado o TAC: en el cual el paciente presenta: tortícolis, contractura en aducción de una cadera y escoliosis
- El test de Ober puede ser también utilizado para el diagnóstico, pero este puede presentar algunas limitaciones ya que no nos permite realizar comparaciones ni medir el grado de contractura.
- Los test de Ortolani o resalte y el test de Barlow o pistón, nos serán de gran ayuda en el estudio de la cadera contralateral

## CAUSAS

- Existe controversia en cuanto a su origen, para la mayor parte de los autores el origen es intrauterino, basándose en la posición del feto dentro del útero (cadera derecha pegada a la cara anterior del útero, y cadera izquierda en contacto con la columna vertebral materna), esta teoría podría explicar porque existe un mayor número de casos de afectación de la cadera derecha (incidencia del 73%).

Otras causas podrían ser situaciones en las que se produjera una limitación del espacio intrauterino del feto: hipertensión materna, retraso en el crecimiento intrauterino, etc. Convirtiendo a estos en algunos ejemplos de factores de riesgo para sufrir una contractura en abducción de cadera.

- La posibilidad de la existencia de presiones anormales a nivel intrauterino podría justificar la relación que suele existir entre el lado de la cadera en aducción y el de la tortícolis
- Por otro lado, otros estudios relacionan su origen en el periodo postnatal, basándose en la adquisición de malas posturas a la hora de dormir
- Otros estudios relacionan la OPC con factores mecánicos durante el embarazo y también con hiperlaxitud
- Se cree que podría existir una relación mayor de presentar esta patología en pacientes con patologías neuromusculares como la parálisis cerebral, el mielomeningocele, la distrofia muscular o la poliomielitis entre otras.

## TRATAMIENTO

La realización de un programa adecuado de ejercicios, estiramientos, y recomendaciones posturales de forma correcta y constante durante varios meses, nos ayudará a su resolución de una forma muy eficaz, obteniendo unos resultados muy favorables.

En ocasiones la patología se soluciona de forma espontánea, pero por lo general su evolución con tratamiento se presentará favorable entre los 12 y los 18 meses.

Para el tratamiento podemos realizar algunos de los ejercicios que se presentan a continuación:

- ✓ Iniciaremos realizando movilizaciones generales de ambas caderas
- ✓ De forma más específica, realizaremos ejercicios de estiramiento para la contractura en abducción centrándonos en la limitación al movimiento de aducción que presenta el lado afecto, para realizarlos nos ayudaremos de la misma maniobra para la exploración que utilizábamos en decúbito prono descrita anteriormente.
- ✓ Si el paciente presenta aducción en la cadera del lado contralateral, colocaremos al niño en decúbito supino, realizando estiramientos del lado afecto.
- ✓ Instruiremos a los padres, a no limitar solamente los ejercicios a la terapia realizada en las sesiones, se les formará para que prosigan con la realización de los ejercicios en el domicilio con una frecuencia de unas 6 veces al día, aprovechando cada cambio de pañal, realizando el estiramiento con una serie de 10 repeticiones manteniendo el estiramiento entre unos 6 y 15 segundos.
- ✓ La frecuencia se irá disminuyendo según la evolución del niño, concluyendo el tratamiento o bien cuando desaparece la contractura, o cuando el niño es capaz de mantenerse por si solo de pie sin apoyos

#### **Bibliografía**

1. Arteaga Domínguez A, Isusi Fernández I, González Díez A, Prieto Fernández E. Contractura en abducción de la cadera. *Rehabilitación (Madr)*. 2003; 37:287-90
2. Seringe R, Langlais J, Bonnet JC. Congenital asymmetrical pelvis. Clinical, radiological study and outcome. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1992; 78:65-73.
3. Martínez Blanco J, Fernández Martínez B, Fournier Carrerac M, Suárez Castañón C. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18: e19-e26
4. Weissman SL. Congenital dysplasia of the hip. *Bone Joint J*. 1954;36B:385-96.
5. Seringe R, Cressaty J, Girard B, Francoal C. L'examen orthopédique de 1500 nouveau-nés en maternité. *Chir Pédiatr*. 1981; 22:365-87.
6. Kohler R, Seringe R. La luxation congénitale de hanche. Les faits, les signes, les mots. État de l'art. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 2008; 94:217-27
7. Conejero Casares JA. Patología de cadera. *Rehabilitación (Madr)* 2001;35 (S1):22-5.
8. B. Seral Garcia, M.L. Bello Nicolau, F. Seral Iñigo. Contractura congénita en abducción de la cadera y oblicuidad pélvica. *Rev española de cirugía osteoarticular*. 1999;34;27-32.