

FORMACION CONTINUADA

«LAS DISPLASIAS DE CADERA EN PODOLOGIA»

* ALBIOL FERRER, José M.*
GIRALT de VECIANA, Enrique
MARUGAN de LOS BUEIS, Montserrat
NOVEL MARTI, Virginia
PADROS SANCHEZ, Carolina
VALERO SANTIAGO, Lidia

LAS DISPLASIAS DE CADERA EN PODOLOGIA

Tomando como punto de referencia la anatomía macroscópica; el pie, se nos presenta con identidad propia, sin embargo, desde el punto de vista biomecánico es parte integrante de la extremidad inferior como unidad funcional y elemento básico en la cadena «*Cinética de la marcha*».

Según esta orientación, es fácil entender que (La exploración podológica debe abarcar todos los elementos de la cadena, es decir: pie, tobillo, rodilla, cadera y raquis. No solo con fines diagnósticos, si no también con fines terapéuticos de conjunto, como «*Unidad funcional*» aunque nuestro marco de actuación se circunscriba exclusivamente al pie.

LUXACION CONGENITA DE CADERA

Es la pérdida de contacto entre el continente o cavidad acetabular, y el contenido que en este caso es la cabeza del fémur, acompañándose de alteraciones de las partes blandas circundantes: Cápsula articular, rodete glenoideo, ligamento redondo y musculatura perizonal.

ETIOPATOGENIA

Básicamente se resume según dos teorías:

- A) Genética.
- B) Exógena - Mecánica.

Según la *Teoría Genética*, son dos los factores que favorecen la luxación.

- A) La oblicuidad del cotilo y el retraso en su maduración.
- B) Laxitud de los ligamentos articulares, por un aumento de los estrógenos en sangre fetal, con relajación capsular y desplazamiento femoral.

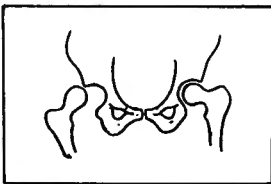
Por el contrario la *Teoría Exógena-mecánica* sostiene que la luxación de cadera tiene lugar durante el parto por presentación podal como yatrogenia obstétrica.

ANATOMIA PATOLOGICA

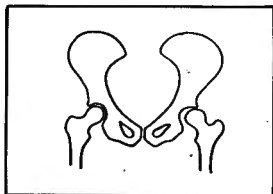
Básicamente se presentan 3 formas:

- A) Luxación completa.
- B) Subluxación.
- C) Displasia Cotiloidea.

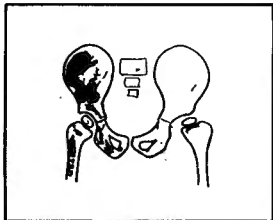
En la *Luxación completa*, hay pérdida total del contacto entre la cabeza femoral y el cótilo, lo cual provoca alargamiento de la cápsula articular en forma de reloj de arena.



En la *Subluxación* la pérdida de contacto no es total, más bien nos encontramos con una pérdida de la congruencia articular.

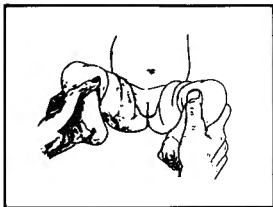


En las *Displasias cotiloideas* se observa una verticalización y aplanamiento del techo acetabular imagen patognomónica en el diagnóstico radiológico.



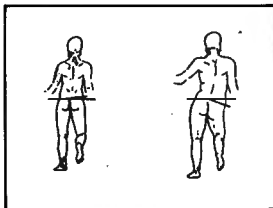
CLINICA EN EL NEONATO Y EL LACTANTE

El primer signo que se observa es la asimetría de los pliegues cutáneos. Posteriormente nos encontramos con limitación de la abducción. Y las pruebas positivas del Telescopio, Ortolani y/o Barlow.

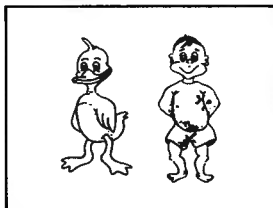


CLINICA A PARTIR DE LA DEAMBULACION

El signo más visible es la marcha claudicante con *trendelemburg* (+), acompañado de una basculación pélvica si la luxación es unilateral, y por



el contrario si la luxación es bilateral, la marcha será en *Anade*, con un aumento exagerado de la lordosis lumbar.

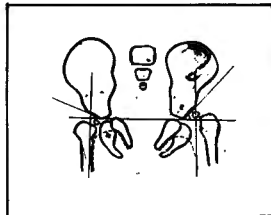


En el primer caso:

- Heterometría de extremidades siendo la más corta la extremidad afectada, con atrofia muscular del mismo lado.
- Posteriormente se presenta escoliosis raquídea con discreto equino-varo como mecanismo compensatorio de la heterometría favoreciendo la aparición de *Metatarsalgias* de radios externos.

RADIOLOGIA EN LA LUXACION CONGENITA DE CADERA

- Línea de Shenton - Menard es discontinua.
- El ángulo acetabular formado por la línea horizontal que pasa por los cartilagos en «Y» y la línea paralela al borde cotiloideo es superior a 30°.
- La línea horizontal que pasa por los cartilagos en «Y», corta al pico metafisario.
- La línea vertical que pasa por los cartilagos en «Y», o línea de Perkins no corta al pico metafisario.
- El Núcleo primario de osificación de la cabeza del fémur aparece en los cuadrantes externos ya sean superiores o inferiores según *Ombredamme*.



A continuación presentamos un caso clínico según el proceso de atención podológica S.A.P.

Elaboraremos la Historia Clínica y haremos la evaluación del paciente, obteniendo los datos de fuentes directas e indirectas.

Fuentes directas:

- A) Obtendremos los datos para confeccionar la Anamnesis de entrevistas con el paciente y sus familiares, acompañándolos de los informes clínicos de otros profesionales de la salud con respecto a la evolución y tratamiento de la enfermedad desde su comienzo.

Fuentes indirectas:

- B) Obtendremos todos los signos patológicos tras una exploración clínica pautada y exhaustiva.

Anamnesis:

Paciente de 21 años de edad con *Displasia congénita de cadera izquierda*. Diagnosticada tardíamente (a los 2 meses de vida) el tratamiento

Ortopédico conservador resulta francamente ineficaz por falta de diagnóstico precoz. Hecho que obliga a tratamiento quirúrgico consistente en *Osteotomías desrotadoras* del cuello de fémur con fijación externa y de resultados pocos satisfactorios.

En una 2.ª fase se efectúa *Osteotomía iliaca de Salter* para horizontalizar la caja cotiloidea con el fin de cubrir la cabeza femoral.

Tras la exploración clínica se observan los siguientes signos patológicos.

- La articulación coxo-femoral izquierda tiene limitadas la flexión la *Abducción* y la *rotación* tanto interna como externa.

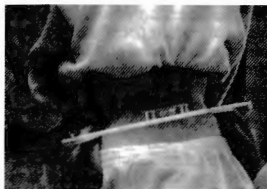


- La *Heterometría* detectada en decúbito es de 5 cms. y la *miodistrofia* no es selectiva, interesando, a todos los grupos musculares de la extremidad afectada.



El resto de la exploración *Osteomuscular* y *vascular* no presenta ninguna alteración digna de mención.

En *bipedestación* se halla presente el signo de *trendelemburg*, confirmando mediante *pelvimetría*, la *dismetria* de 5 cms. con *escoliosis* de compensación. Aparece también un discreto aumento de la *Lordosis lumbar*.



Línea de Helbing,
pie derecho = 12°
pie izquierdo = 5°

En la pedigrafías estáticas aparece punta de talón pie derecho.

En el estudio de la marcha se observa la claudicación manifiesta con basculación rítmica de la pelvis, pronación del pie derecho y la posición de equino-varo izquierdo compensatorio de la marcha.

A partir de esto datos se obtiene el siguiente listado de problemas

- REALES.
- POSIBLES.

REALES:

- Metatarsalgias de radios externos.
- Heterometría de extremidades.
- Atrofia muscular por disfunción.
- Escoliosis Dorsal-lumbar y discreto aumento de la Lordosis.
- Pronación compensatoria pie derecho.

POSIBLES:

- Acortamiento postural del Tendon de Aquiles debido a la tendencia del pie a adoptar la postura en equino-varo compensatorio.
- Artropatía vertebral y paravertebral secundaria a la escoliosis.
- Sobrecarga funcional de la extremidad no afecta.

Con lo que se obtiene el Diagnóstico Podológico de Metatarsalgias de larga evolución, con dolor agudo selectivo a nivel de radios externos, secundaria a la compensación funcional de la dismetría del pie afecto.

PLANES INICIALES DE TRATAMIENTO

Estos comprenden unos objetivos primarios encaminados a:

- 1.º Eliminar la Metatarsalgia.
- 2.º Redistribuir las presiones en antepié.

Y unos objetivos secundarios:

Que consisten en compensar la dismetría para mejorar la estabilidad de la cadera y disminuir en lo posible la claudicación.

Tras una valoración de lo expuesto, se aplica el siguiente tratamiento:

Tratamiento Inicial.

Consiste en la realización de un soporte plantar acompañado de una ortesis para conseguir una redistribución de las presiones del antepié. Y de una alza para compensar la dismetría.

Tras la realización de un molde de yeso negativo realizamos el soporte plantar de material semirrigido.

En el pie izquierdo neutralizamos el retroplé recogiendo el arco externo en su totalidad, y dándole mayor amplitud a partir de la apofisis estilioides, abarcando hasta la diáfisis del 5.º metatarsiano, al mismo tiempo compensaremos el arco interno para evitar sobrecargas en el primer radio.

En el pie derecho, contención del arco longitudinal externo y en el arco interno corrección a nivel retroescafoideo del vaguismo de retroplé.



Una vez confeccionado el soporte plantar, se realizó la ortesis de silicona masilla en forma de cresta subdiafisaria para una mejor alineación de las cabezas metatarsales.

El Alza de 2,5 cm. se distribuyó entre el soporte 0,7 cm. y 1,8 cm. en el tacón del pie izquierdo, intentando de esta manera dar una imagen más estética a la forma del zapato.

TRATAMIENTO POSTERIOR

En posteriores visitas y realizando

la aplicación del S.O.A.P. se modificaron los planes iniciales, debido a la persistencia de las metatarsalgias.

Utilizando la terapéutica siguiente:

- Confección de nuevos soportes plantares iguales a los anteriores pero, sin alza compensatoria, optándose esta vez, por disminuir la altura del tacón opuesto 2,5 cm. correspondientes al alza del soporte anterior.
- Debido a la intolerancia de la paciente por la artesis inicial, se confeccionó otra, en forma de Omega, a nivel del 4.º dedo, consiguiendo una mejor alineación de las cabezas metatarsales y un mayor apoyo. Sinedo esta bien aceptada.
- Obteniendo de esta manera, una regresión de las Metatarsalgias por disminución del equinismo y una compensación casi completa de la dismetría.

CONCLUSION

1.º En una fase inicial, se pensó en mejorar la estética de la marcha, por regresión casi completa de la claudicación. Pero la realidad demostró la imposibilidad de tal expectativa dado que la causa es trifactorial:

Dismetría de extremidades.
Atrofia muscular y
Displasia de cadera.

Con el tratamiento propuesto se actúa solamente sobre un único factor que es la dismetría, quedando la Atrofia muscular y la Displasia articular de la cadera; como secuelas del problema inicial.

2.º La corrección de la Heterometría no debe conseguirse a expensas de aumentar el equinismo de la extremidad afecta si no más bien a base de disminuir el tacón del calzado opuesto.

3.º Aunque desde el punto de vista biomecánico, el tratamiento más funcional consiste en compensar la dismetría de los dos pilares anterior y posterior sin incrementar el equino, lo cierto es que esta solución suele ser rechazada por la mayoría de pacientes, especialmente si son jóvenes, debido a su diseño antiestético como sucedió en el caso que nos ocupa.