

## PATOLOGÍA ARTICULAR CADERA

### DISPLASIA DE CADERA

#### INTRODUCCIÓN

De forma habitual relacionamos / relacionábamos los dolores localizados en la cadera a procesos degenerativos articulares como la ARTROSIS sobre todo , cuando éstos se presentaban en pacientes en edad adulta. Dolores que en muchas ocasiones desencadenaban en un remplazo articular de la cadera, la conocida PROTESIS.

- <https://youtu.be/bUvIbbz3K2c>

El origen de este tipo de patología degenerativa se encuentra en algunos casos en la DISPLASIA de CADERA.

#### QUÉ ES LA DISPLASIA DE CADERA?

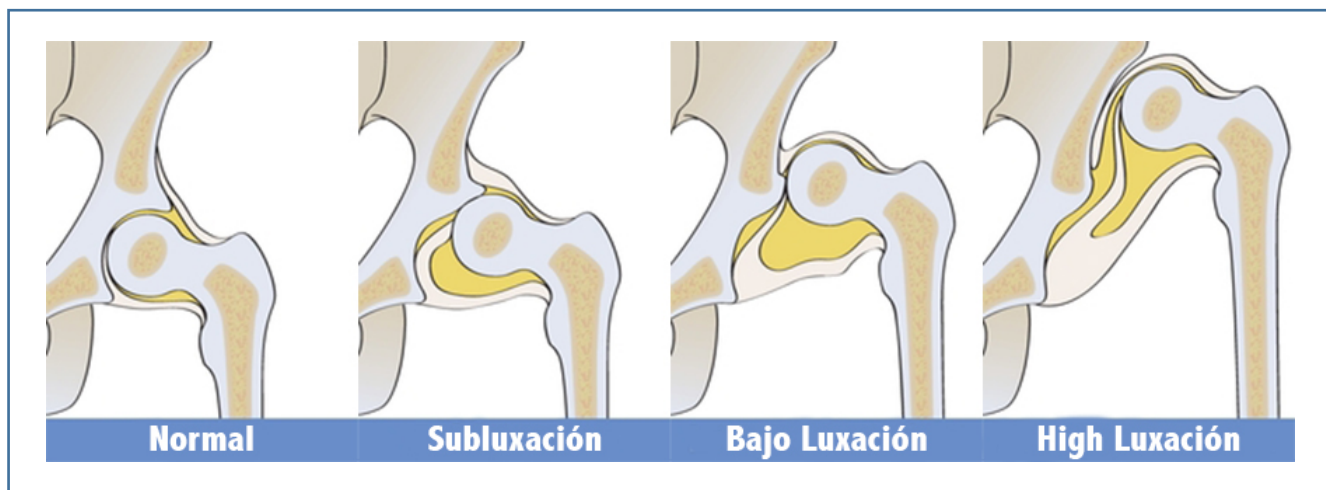
Se trata de una alteración en la relación articular entre la cabeza del fémur y el acetábulo o cótilo pélvico donde se pierde la estabilidad y el contacto. La incidencia de este tipo de patología infantil se encuentra entre el 1-4 x 1.000 recién nacidos , variando en función de la localización geográfica dada su relación genética / familiar conocida.

Hoy en día, el diagnóstico peri natal adecuado previene de su desconocimiento en el momento del parto, por lo que de forma precoz puede ser tratada.

#### TIPOS DE DISPLASIA DE CADERA

Existen dos tipos fundamentales:

- DISPLASIA INFANTIL
- DISPLASIA DEL ADULTO



La DISPLASIA INFANTIL es aquella diagnosticada en el momento del parto habitualmente, y en su defecto durante los primeros meses de vida del recién nacido. Por lo que su tratamiento se realiza de forma precoz mediante DOBLE PAÑAL o ORTESIS ESPECÍFICAS de CONTENCIÓN para mantener la cabeza femoral en íntima relación con el acetábulo. Esto no asegura la solución del problema articular pero sin duda minimiza su tratamiento posterior, siendo necesario en algunos casos la intervención quirúrgica como la OSTEOTOMÍA PERI ACETABULAR por ejemplo.

La DISPLASIA del ADULTO es aquella que se presenta en edades avanzadas (habitualmente >35 años) pues ha pasado desapercibida durante la infancia y se manifiesta ya en edades avanzadas, con lo que son más complicadas de tratar de forma conservadora.

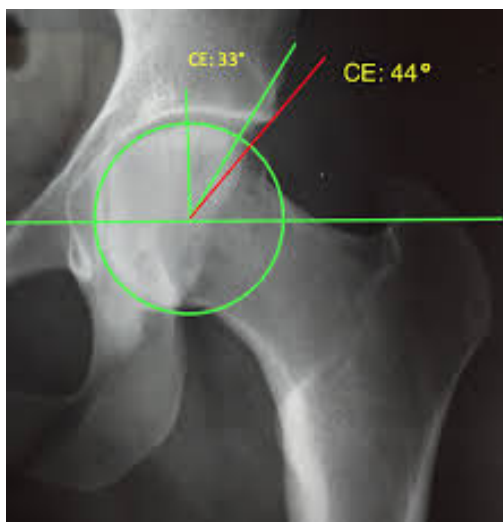
Pero NO TODAS LAS DISPLASIAS son iguales, ya que dependerá del grado de displasia y de su morfología.

- DISPLASIA
- DISPLASIA LIMÍTROFE aquella que se caracteriza por una disminución leve de la cabeza femoral

#### CÓMO PODEMOS CALCULAR EL GRADO DE DISPLASIA?

Utilizamos el ÁNGULO DE COBERTURA ACETABULAR DE WIBERG habitualmente, aunque para un diagnóstico más específico podemos usar además el INDICE ACETABULAR o ÁNGULO DE TÖNNIS entre otros .

En nuestro ambiente, dedicado a la patología del adulto joven , lo habitual es el cálculo del ángulo de cobertura acetabular que se establece entre la línea que se dirige perpendicularmente desde el centro de la cabeza femoral y la línea que parte de dicho centro hasta el reborde lateral del acetábulo.



Angulo CE de Wiber



Angulo de Tönnis

Se considera una DISPLASIA a aquellas caderas con ángulo de Cobertura CE  $< 25^\circ$  y un ángulo de Tönnis  $> 10^\circ$ , mientras que para ángulos CE entre  $25^\circ$  y  $20^\circ$  se considera DISPLASIA LIMÍTROFE por lo que ciertas técnicas artroscópicas pueden estar indicadas en el tratamiento de lesiones labrales por ejemplo.

#### NOTA IMPORTANTE

Para el correcto cálculo de estos ángulos, se debe ser muy exigente en la proyección radiológica seleccionada pues pequeñas modificaciones posturales pueden influir en el cálculo de estos ángulos. Por ello la proyección antero posterior o FRONTAL de PELVIS es la más usada, pero con una simetría adecuada\*

#### • **Proyección anteroposterior (AP) de la pelvis**

La proyección AP de la pelvis es el primer escalón en la valoración radiológica de los pacientes adultos con dolor de cadera y la proyección más importante en la evaluación de la displasia acetabular.

Esta proyección se realiza con el paciente en decúbito supino con una ligera rotación interna de ambos miembros inferiores (15-20°).

Para garantizar que la técnica es correcta en la realización de esta proyección, debemos fijarnos en que el coxis y la sínfisis púbica se encuentren alineados y que ambos agujeros obturadores tengan una apariencia simétrica (ausencia de rotación); y en que la distancia entre la punta del coxis y el borde superior de la sínfisis del pubis se encuentre entre 1 y 3 cm aproximadamente (ausencia de basculación pélvica).

#### **Atentamente**

Dr. Eric Margalet

**Colegiado 29.772**

Director Médico del Institut Margalet.

