

CAPÍTULO

21

SEMIOLÓGÍA DE LA CADERA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

JOSÉ E. SINJOVICH

INTRODUCCIÓN

La semiología de esta articulación presenta características especiales, que siempre hay que tener en cuenta durante el examen.

La articulación de la cadera presenta movilidad en los tres planos del espacio.

Su ubicación anatómica en el plano profundo y cubierta por grupos musculares impide la observación de signos tempranos de inflamación.

Todo recién nacido normal, debido a la postura intrauterina, muestra contracturas en flexión de caderas y rodillas, que desaparecen espontáneamente entre los 4-6 meses.



La vecindad de esta articulación con el nervio obturador provoca gonalgia refleja; por lo tanto, en todo niño que consulta por dolor de rodilla debe descartarse, en primer término, una patología de la cadera.

El interrogatorio al niño y sus padres es importante. En él debe obtenerse información sobre antecedentes familiares, síntomas, dolor, disminución de la movilidad, claudicación, y determinar si estamos ante un niño sano o si presenta signos sistémicos con fiebre y alteración del estado general. Por ejemplo, la enfermedad de Perthes implica dolor, alteración de la movilidad y claudicación en un niño totalmente normal.

Es importante realizar un examen neuroortopédico básico y descartar patología abdominal.

El niño reacciona al dolor con parálisis. La seudoparálisis es un signo común en el traumatismo o en la infección.

En el momento del examen debe tranquilizarse al niño y su familia, y las maniobras deben ser suaves para, de esta manera, poder obtener la información máxima que nos brinda el examen semiológico.

El examen se realizará en decúbito dorsal (observar actitud, movilidad espontánea, seudoparálisis, etc.) y, si el niño lo permite, continuará con bipedestación y marcha.

A continuación, realizar sistemáticamente:

- **Evaluación de la movilidad.**
- **Maniobras especiales.**

Tener siempre en consideración que el niño presenta determinada patología a determinada edad; debido a esto, en el recién nacido debemos descartar displasia del desarrollo de la cadera; en la edad escolar, sinovitis y enfermedad de Perthes, y en la preadolescencia, la epifisiólisis de la cadera.

EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD

Sistemáticamente, debe realizarse en los tres planos:

- **Flexoextensión**

Evaluar la flexión pasiva.

Si se sospecha una contractura en flexión, realizar la maniobra de Thomas.

Si el niño presenta síndrome febril, manifestaciones sistémicas o alteración del estado general con una cadera en flexión debe descartarse infección articular, como, asimismo, patología abdominal (apendicitis y absceso del psoas).

- **Abducción-aducción**



Siempre se debe inmovilizar con una mano la pelvis y, con la otra mano, movilizar el miembro inferior para evitar movimientos compensatorios.

El examen puede realizarse con los miembros en extensión o, en forma comparativa, flexionando caderas y rodillas a 90° (**fig. 21-1 A y B**).

La abducción está limitada en casi todas las patologías de la cadera.

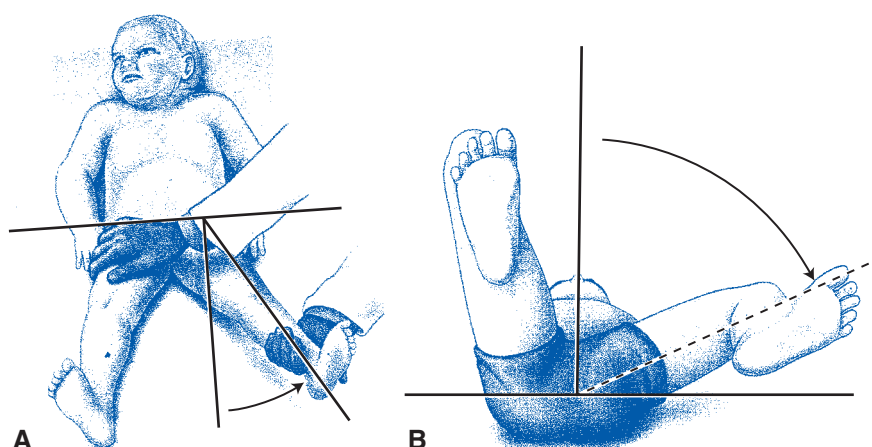


FIG. 21-1. A y B. El examen puede realizarse con los miembros en extensión o en forma comparativa, flexionando caderas y rodillas a 90°.

• Rotación

Creemos que el examen se facilita con el niño en decúbito prono.

El aumento de la rotación interna por anteversión femoral persistente, como el bloqueo de la rotación interna (típico de sinovitis, infección o Perthes), se observa muy fácilmente cuando se realiza esta maniobra en el decúbito prono (**fig. 21-2**).

Maniobras especiales

Son aquellas que permiten detectar signos que el examen físico habitual no revela; ellas son:

- En el recién nacido: maniobras de Barlow y Ortolani
- En los niños mayores: maniobra de Thomas, signo de la flexión extrarrotada, prueba de Trendelenburg.

Todo recién nacido debe ser examinado cuidadosamente para evaluar la estabilidad de sus caderas, ya que la displasia del desarrollo de estas nunca es evidente.

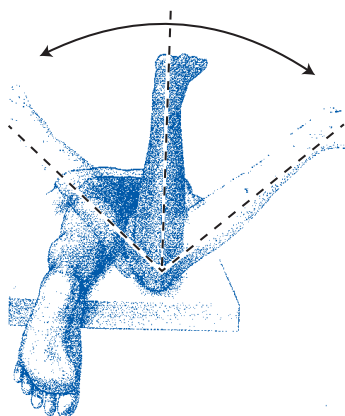


FIG. 21-2. El aumento de la rotación interna por anteversión femoral persistente, como bloqueo de la rotación interna (típico en sinovitis, infección o enfermedad de Perthes) se observan muy fácilmente cuando se realiza esta maniobra en el decúbito prono.

El niño debe estar desnudo, sobre una superficie firme, y las maniobras deben ser delicadas para no provocar defensas.

Primero se evalúa la cadera con movimientos suaves en todos los planos, a fin de detectar movilidad anormal.

A continuación, ambas caderas son flexionadas a 100° y el examinador toma muslo y pantorrilla, empujando la rodilla. El pulgar en la cara interna del muslo y los restantes dedos sobre el trocánter mayor. Ambas caderas se empuñan simultáneamente, pero las maniobras deben ser efectuadas por separado.

Maniobra de Barlow

Con la cadera en 20° de aducción se aplica al mismo tiempo una suave presión hacia atrás y se evalúa si la cabeza femoral se desliza en forma parcial o completa del borde posterior del acetábulo. El deslizamiento completo se describe como maniobra de Barlow + (**fig. 21-3 A y B**).

Maniobra-signo de Ortolani

Desde los 20° de aducción, la cadera es abducida completamente al tiempo que se realiza suave tracción al cenit y presión con el tercer dedo sobre el trocánter mayor (intentando la reducción de la cadera).

Si la cadera está luxada, se reducirá con un chasquido audible y palpable. Este hallazgo se describe como maniobra de Ortolani + (**fig. 21-4 A y B**).

Luego del examen, la cadera puede ser:

- Normal.
- Luxable (maniobra de Barlow +).
- Luxada y reducible (maniobra de Ortolani +).

Es importante recordar que las poco frecuentes luxaciones embrionarias (teratológicas) no presentan estos signos. Por tal motivo, es fundamental el estudio ecográfico.

También se debe tener en cuenta que, en los niños mayores, los únicos signos que se presentan son la limitación de la abducción y el acortamiento aparente del fémur.

Maniobra de Thomas

Cuando el niño se encuentra en decúbito supino, la deformidad en flexión queda enmascarada por el aumento de la lordo-

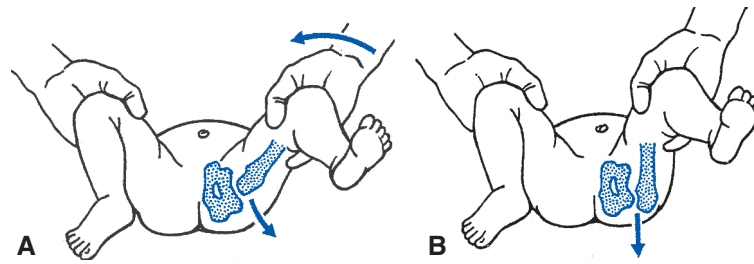


FIG. 21-3. A y B. Cadera en 20° de aducción; al mismo tiempo se aplica suave presión hacia atrás, investigando si la cabeza femoral se desliza en forma parcial o completa del borde posterior del acetábulo. Si el deslizamiento es completo, es Barlow.

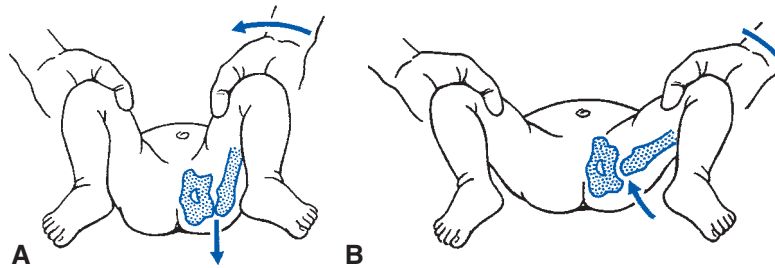


FIG. 21-4. A y B. Si la cadera está luxada, se reducirá con un chasquido audible y palpable. A esto se llama Ortolani +.

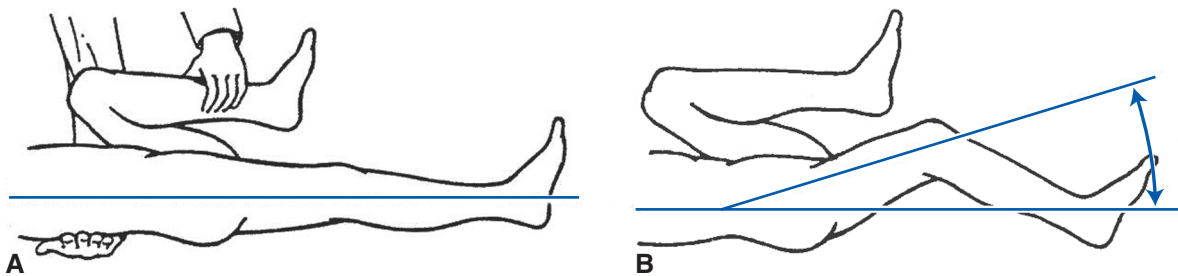


FIG. 21-5. A y B. Maniobra de Thomas. A. Normal. B. Patológica. Procesos inflamatorios agudos. Deformidades residuales.

sis lumbar. Al flexionar en forma pasiva y completa la cadera opuesta, se elimina la lordosis y se revela la verdadera deformidad en flexión.

Este signo se observa tanto en los procesos inflamatorios agudos como en las deformidades residuales (**fig. 21-5 A y B**).

Signo de la flexión extrarrotada

Al llevar la cadera en flexión, el muslo se coloca en rotación externa.

Si bien es fundamental en el diagnóstico temprano de epifisiólisis, también se observa cuando la cabeza femoral no es esférica, por ejemplo en las deformidades residuales de traumatismo, infección o Perthes (**fig. 21-6**)

Prueba de Trendelenburg

El médico se coloca a espaldas del niño. Se le pide que permanezca parado en una sola pierna. La pelvis debe permanecer equilibrada (esto se comprueba palpando ambas crestas ilíacas).

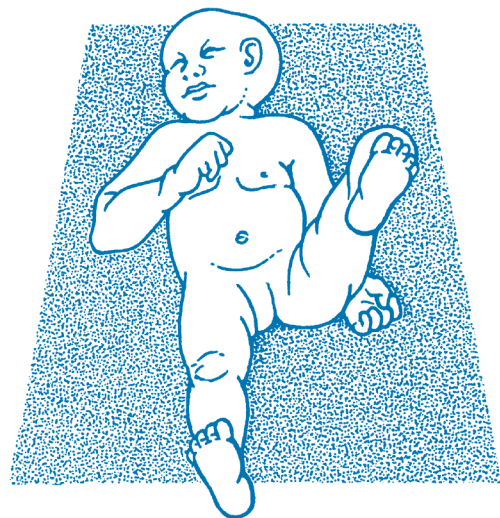


FIG. 21-6. Signo de la flexión extrarrotada.

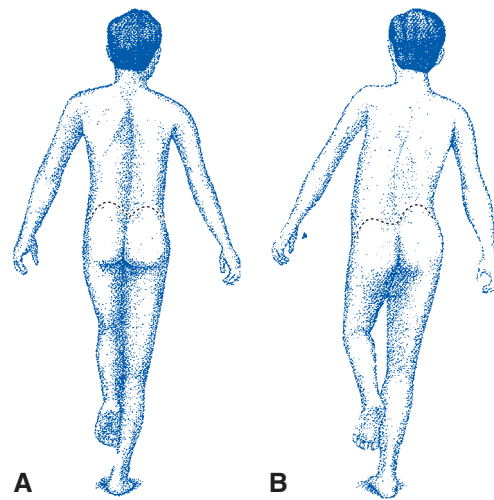


FIG. 21-7. A y B. Prueba de Trendelenburg. **A.** Normal. **B.** Prueba +.

Si la pelvis cae hacia el lado opuesto, se describe como prueba de Trendelenburg +.

Las causas que determinan una prueba de Trendelenburg + son varias:

- Alteración de la morfología o movilidad de esa cadera.
- Procesos inflamatorios.
- Desequilibrios musculares (glúteo medio, débil).
- Alteración neurológica central o periférica (**fig. 21-7 A y B**).

SÍNTESIS CONCEPTUAL

- El examen semiológico de la cadera debe ser realizado en forma sistemática, pues generalmente nos lleva al diagnóstico y nos indica qué estudio por imágenes debemos solicitar para confirmarlo.
- En el examen, tener en cuenta la edad del niño. Este presenta determinadas patologías a determinada edad, y sobre esa base debemos descartarlas.
- En el momento de la consulta, distinguir si estamos examinando a un niño normal que presenta únicamente dolor y claudicación o si, además, este niño presenta fiebre con alteración del estado general o patología sistémica.
- En todo recién nacido debe descartarse siempre la displasia del desarrollo de la cadera, fundamentalmente con la realización correcta de la maniobra-signo de Ortolani.