

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume **16**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:

Luxación habitual de la cadera. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Luxación habitual de la cadera. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Juan José Domínguez Macouzet,* Octavio Sierra Martínez,** Luis Martín Fregoso Maisterrena,*
Eduardo Gerardo López Gavito,*** José Antonio Aburto Trejo*

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, SS

RESUMEN. La luxación de la cadera en niños es una entidad rara con excepción de la enfermedad congénita. En 1932, Hilgenreiner reporta el caso de una niña de 2 años de edad con luxación recurrente voluntaria sin ninguna anormalidad musculoesquelética asociada, entidad mucho más rara aún. Desde entonces a la fecha se han reportado 17 casos en la literatura, los cuales fueron sometidos a diferentes modalidades terapéuticas, conservadoras y quirúrgicas, con evolución satisfactoria en todos ellos.

En el presente trabajo reportamos el caso de una niña de 7 años de edad con luxación habitual de la cadera derecha sin ninguna alteración musculoesquelética asociada al momento del diagnóstico, a quien sólo se le indicó evitar la maniobra luxante, con seguimiento de 12 años desarrolló cierto grado de displasia acetabular al comparar con la cadera contralateral, pero dentro de valores normales. Asimismo se analizan posibles causas y diferentes modalidades terapéuticas.

Palabras clave: dislocación, cadera, recurrencia, niños, evaluación.

La luxación de la cadera en niños es rara si no se considera la patología congénita. Cuando la luxación es repetitiva la entidad es aún más rara y las condiciones que la producen, pueden asociarse a laxitud ligamentaria como en el síndrome de Down⁴ o en la enfermedad de Ehlers-Danlos;² displasia de la cadera,¹¹ traumatismo^{6,8,9,23} o enfermedades paralíticas, como parálisis cerebral,¹³ poliomielitis¹⁶ y mielomeningocele.¹⁷

SUMMARY. The luxation of the hip in children is a strange entity except for the congenital illness. In 1932 Hilgenreiner reports the case of a 2 year-old girl with voluntary recurrent luxation without any muscleskeletal abnormality associated, still much stranger entity. From then on to the date, 17 cases have been reported in the literature, which were subjected to different therapeutic modalities, conservative and surgical, with satisfactory evolution in all them.

The present work reports the case of a 7 year-old girl with habitual luxation of the right hip without any muscleskeletal alteration associated to the moment of the diagnosis, to whom was only indicated to avoid the luxating maneuver, with a 12 year-old follow-up developing certain grade of acetabular dysplasia when comparing with the contralateral hip, but within normal values. Also possible causes and different therapeutic modalities are analyzed.

Key words: dislocation, hip, recurrent, child, evaluation.

La luxación de la cadera en forma repetitiva y controlada en niños, sin asociación a otra patología del sistema musculoesquelético es una rara entidad de la cual existen sólo unos cuantos reportes.

En 1971, Heikkinen y Sulamaa¹² reportan 2 casos de “luxación recurrente de la cadera” en un varón de 18 meses y una niña de 2 años de edad que al parecer no presentaban ninguna anomalía del aparato musculoesquelético de manera asociada. Desde entonces a la fecha, se han descrito diversos casos que fueron reportados con diferentes nomenclaturas tales como *luxación recurrente, voluntaria o habitual de la cadera*.^{2,3,5,12}

Así, en 1975 Broudy y Scott³ reportan otros dos casos en niñas de cuatro y medio, y cinco años de edad respectivamente que clasifican como luxación voluntaria de la cadera.

En 1978, en nuestro medio, los doctores Guillén, Ruiz y Nassar¹⁰ publican el caso de una niña de dos años con luxación voluntaria bilateral de cadera.

Pettersson y cols.¹⁹ en 1980 publican el caso de un niño con *luxación voluntaria habitual* de la cadera y realizan re-

* Médico adscrito a la División de Ortopedia. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, SS.

** Jefe de la División de Ortopedia. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, SS.

*** Médico adscrito al Módulo de Enfermedades Neuromusculares de la División de Ortopedia. Centro Nacional de Rehabilitación, SS.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan José Domínguez Macouzet. División de Ortopedia. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Tlalpan 4800 Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, CP. 1400, México D.F. México.
sierram@data.net.mx

visión de la literatura, encuentran que los primeros reportes de esta entidad se deben a Hilgenreiner en el año de 1932 y Heidsieck en 1939; sistematizando hallazgos encontrados hasta ese entonces llegan a la conclusión de que se trata de una afección pediátrica, transitoria que no se acompaña de otras anormalidades del sistema musculoesquelético. Consideran que para establecer el diagnóstico se requiere corroborar en el examen clínico la presencia de chasquido palpable y audible, en tanto que en el estudio radiográfico debe presentarse el *fenómeno de vacío* al encontrarse luxada la cadera, debido a la presencia de gas intraarticular en la misma.

En 1983, Ahmadi y Harkess¹ proponen la clasificación de la *luxación repetitiva de la cadera* en 3 grandes grupos: A) Recurrente, que generalmente es secundaria a traumatismo, no es voluntaria, se acompaña de dolor y con frecuencia requiere de tratamiento quirúrgico. B) Voluntaria, secundaria a laxitud como en el síndrome de Ehlers-Danlos o parálisis como en mielomeningocele y que responde adecuadamente al tratamiento quirúrgico. C) Habitual, sin asociación a patología alguna, especialmente a laxitud ligamentaria, que cuando llega a estar presente no tiene significación clínica y que se resuelve sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

A partir de entonces, encontramos otros nueve casos reportados para un total de 17 desde la primera descripción realizada en 1932 por Hilgenreiner.

En prácticamente todos ellos la evolución ha sido del todo satisfactoria habiéndose llevado a cabo diferentes procedimientos, desde la indicación de evitar el "hábito" de luxar la cadera^{1,3,5,14,15,22} hasta la realización de osteotomía de flexión, varización y rotación medial en el fémur,¹⁸ pasando por la utilización de férulas abductoras^{7,10,21} y la inmovilización mediante tracción o yeso.⁷

El objetivo del presente estudio es reportar el caso de una niña de 7 años de edad con *luxación habitual de la ca-*

dera derecha, con seguimiento de 12 años, y realizar análisis de la literatura.

Caso reportado

Paciente de sexo femenino de 7 años de edad producto de la segunda gesta de madre de 24 años de edad, obtenida a término mediante parto eutóxico. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia y con desarrollo normal hasta la edad referida en que presenta sensación de "incomodidad" en cadera derecha que mejora al producir "tronido" de la misma varias veces a la semana, mediante maniobras de *flexión, aducción y rotación medial*.

A los 3 meses de iniciar con dicho hábito es consultada no encontrándose ninguna anomalía del sistema musculoesquelético, con atención especial a laxitud ligamentaria. Se corrobora chasquido audible y palpable al realizar activamente y con tensión la maniobra de flexión, aducción y rotación medial de la cadera derecha; pasivamente, no es posible reproducir dicho fenómeno.

El estudio radiográfico es prácticamente normal con inclinación acetabular de 48° y 47° derecho e izquierdo respectivamente, ángulo CE de Wiberg de 19° y 21°, encontrándose sólo ligero aumento del espacio articular inferomedial de 11 mm (medido desde borde lateral de la gota a borde medial inferior de la cabeza del fémur), en comparación con el lado izquierdo que es de 8 mm (*Figura 1*).

Se practicó nuevo estudio radiográfico pidiendo a la menor realizar la maniobra en estudio, observándose luxación posteroinferior de la cadera, con fenómeno de vacío (*Figura 2*).

Es tratada solamente mediante observación e indicación de evitar el hábito de producir la luxación.

Cuatro años después, la paciente ya no realiza la maniobra durante los últimos 6 meses, pero sabe que aún conserva la capacidad de producir el chasquido y la luxación con-



Figura 1. Radiografía anteroposterior.

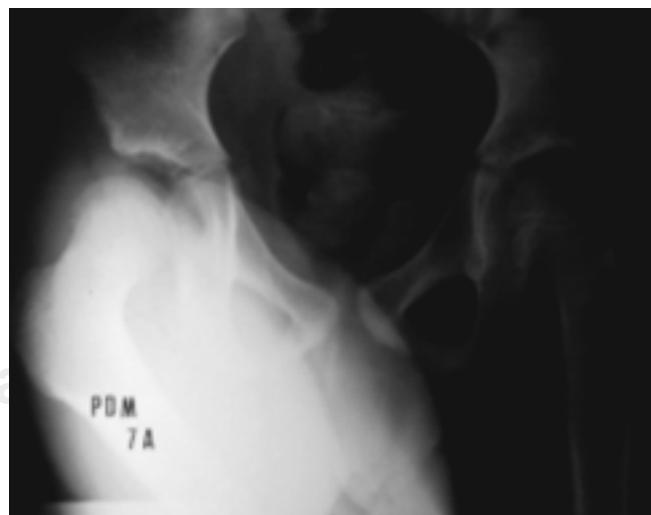


Figura 2. Radiografía en flexión, aducción y rotación medial.

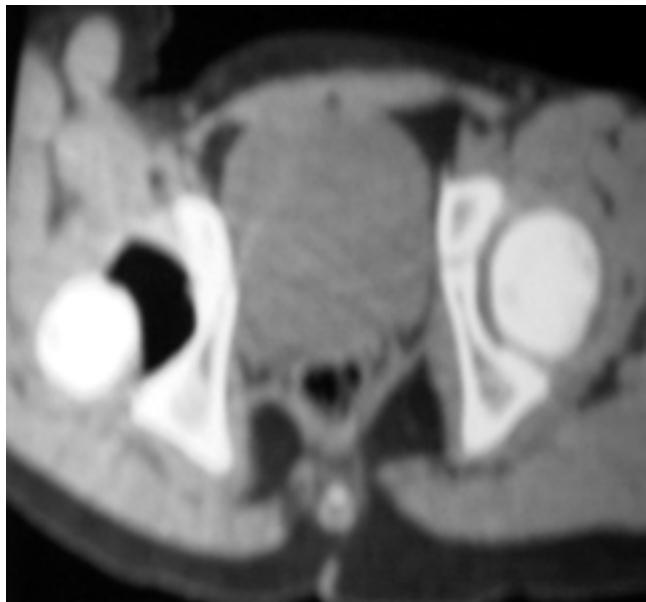


Figura 3. Tomografía axial computada.

siguiente, por lo que se realiza estudio tomográfico, el cual puede ser considerado como normal. Se corrobora durante el estudio la luxación al realizar maniobras luxantes, así como el *fenómeno de vacío* (Figura 3).

A los doce años de edad un nuevo estudio radiográfico muestra inclinación del acetábulo de 48° y 45°; ángulo CE de Wiberg de 28° y 31°, ángulo cervicodiasfisiario de 138° y 136° y espacio articular inferomedial de 13 y 9 mm derechos e izquierdos respectivamente (Figura 4).

Como consecuencia de haber realizado maniobra luxante, la paciente volvió a adquirir el hábito de luxar la cadera varias veces por semana por lo que se insiste en evitarlo como tratamiento.

A los 16 años de edad, nueve después de establecido el diagnóstico, el estudio radiográfico muestra inclinación acetabular de 44° y 39°, ángulo CE de Wiberg de 25° y 28°, con espacio inferomedial de 15 y 13 mm derechos e izquierdos respectivamente.

En la última evaluación radiográfica, a los 18 años de edad y 11 años de seguimiento presenta inclinación acetabular de 45° y 38°, ángulo CE de Wiberg de 24° y 30°, ángulo cervicodiasfisiario de 135° y 133° con espacio articular inferomedial de 13 y 9 mm derechos e izquierdos respectivamente (Figura 5). Se indicó uso nocturno de férula de abducción y rotación externa durante 6 meses, más la indicación de evitar el hábito, no habiendo presentado luxación alguna desde entonces hasta la entrevista más reciente realizada en enero del 2002, a los 22 años de edad.

Discusión

Desde el año de 1971 en que Heikkinen y Sulamaa¹² reportan dos casos de esta entidad hasta 1996 en que Moon¹⁸ hace lo propio con un varón de 5 años, se han documentado 15 casos, más los 2 primeros, citados por Pettersson en



Figura 4. Radiografía a/p a los 12 años de edad.

1980 que fueron descritos por Hilgenreiner y Heidsiek, suman un total de 17 casos en la literatura.

Se trata de una entidad que aparece en la infancia, tan tempranamente como los 18 meses y los 9 años la de mayor edad. Predomina en niñas —14 casos— sobre varones —3 casos— (relación 4.6:1).

En todos los casos la luxación es voluntaria, con desplazamiento posterior de la cabeza femoral al realizarse activamente maniobras de flexión, aducción y rotación medial. Tan sólo en el caso reportado por Haddad y Drez que se presentó en forma anterior, mismo que no es considerado como luxación habitual, ya que se acompaña de laxitud ligamentaria importante y displasia acetabular.¹¹ Diez casos se presentaron del lado derecho, tres del izquierdo y cuatro en forma bilateral, no haciendo mención si se presenta en el lado dominante del menor, lo cual acontece en nuestro caso.



Figura 5. Radiografía a/p a los 18 años de edad.

Del análisis realizado, cinco pacientes presentaron algún grado de laxitud ligamentaria: En cuatro casos,^{1,7,19,21} los pacientes presentaron discreta laxitud a nivel de metacarpofalángicas, hombros, codos o rodillas, que al parecer no contribuyeron en la presentación de la luxación; además, en uno de los 2 casos reportados por Broudi,³ el paciente desarrolla 2 años más tarde la capacidad de subluxar ambos hombros, sin embargo no existió ningún otro estigma de laxitud ligamentaria.

En el caso que analizamos, al igual que en los otros 12, no presentaron ninguna alteración relacionada con laxitud ligamentaria, lo cual debe ser considerado como condición que debe cumplirse sin excepción para establecer el diagnóstico de luxación habitual de la cadera. Por lo tanto, es conveniente hacer una evaluación minuciosa de dicho parámetro que parece ser coadyuvante en la presentación de la luxación en algunos de estos casos, quienes posiblemente obtendrían un mayor beneficio si se abordase su estudio y tratamiento orientándolos hacia la laxitud como factor predisponente principal.

En todos los demás casos hay chasquido audible y fenómeno de vacío en las radiografías, corroborándose las condiciones propuestas por Pettersson para establecer el diagnóstico.

En los casos reportados por Iwamoto, Goldberg y el presente, se realizó tomografía axial computadorizada, y sólo en el segundo se observó defecto óseo de la pared posterior del acetábulo. En uno de los casos reportados por Heikkinen se practicó artrograffía en que aparece ligero ensanchamiento del espacio articular medial de la cadera afectada que también notamos en el estudio radiográfico convencional, lo que no es reportado por ningún otro autor, considerándolo más bien como un hallazgo que como una condición de la entidad.

Chan en 1993 realiza la única descripción ultrasonográfica hasta la fecha, reportando la presencia de una fase hipercogénica al momento de la luxación, equivalente al fenómeno de vacío de Pettersson, sin evidencia de defecto estructural de la cadera; considera como ventaja el no utilizar radiación en el estudio, sin embargo la claridad de la imagen que se obtiene por radiografía convencional es definitivamente superior.

Broudy y Scott³ al igual que Guillén y cols., sugieren que la fisiopatogenia del padecimiento puede encontrarse en deficiencia del *labrum* o *laxitud capsular*, en tanto que Goldberg y Rousso⁷ consideran que existe un defecto en el desarrollo del muro posterior del acetábulo que aunado a laxitud ligamentaria y capsular podría llevar a la luxación de la cadera. Contra ambas hipótesis, está el hecho de que la luxación no es reproducible en forma pasiva, por lo que creemos que la causa más probable se localiza en partes blandas exclusivamente v. gr. laxitud capsular, —como en el caso tratado quirúrgicamente por Heikkinen en que encontraron laxitud de la cápsula y ausencia de ligamento Teres, (con *labrum*, cabeza femoral y paredes acetabulares normales)— e imbalance muscular, lo que nos lleva a suge-

rir que debido a la mejor resolución que proporciona la resonancia magnética en el estudio de partes blandas, sería conveniente establecer como rutina dicho estudio.

Por otra parte, el franco predominio en el sexo femenino y la instalación del padecimiento desde etapas tan tempranas como los 18 meses de edad, deben hacernos considerar como posible factor etiopatogénico, un error en el metabolismo de hormonas femeninas v. gr. hiperestrogenismo, como sucede en la luxación congénita de la cadera.²⁰

Ya que se trata de un hábito del menor, se ha postulado que alguna alteración de la personalidad puede contribuir al desarrollo de la entidad, sin embargo sólo en 2 casos^{1,3} parece existir relación en llamar la atención de los padres, en tanto que el resto de los niños tenían desarrollo psicosocial normal.

Tres autores^{1,21,22} mencionan la posibilidad de confundir el cuadro con el diagnóstico de *Coxa saltans* (resalto tendinoso del iliopsoas o la banda tibial sobre eminencias óseas), que de hecho fue la primera posibilidad diagnóstica que consideramos, y sugieren al igual que nosotros, que el estudio radiográfico debe efectuarse al momento de producirse el chasquido de la cadera, dejando abierta la posibilidad de que exista una mayor incidencia del padecimiento pero que haya sido mal diagnosticada.

En cuanto a las modalidades terapéuticas, en 10 casos sólo se dieron indicaciones a los padres y a los menores para evitar la maniobra luxante^{1,3,5,12,14,15,19,22} con buen resultado en 9 de ellos al eliminarse el hábito y tener desarrollo normal de la articulación de la cadera al último seguimiento. Un solo caso tuvo mala evolución¹² y requirió tratamiento quirúrgico consistente en plicatura capsular, observándose ausencia del ligamento Teres durante el acto quirúrgico, que tenía antecedente materno de luxación recurrente bilateral de hombros y unilateral de rodilla, en quien posiblemente existiera un factor genético de laxitud ligamentaria no diagnosticada.

En 3 casos,^{3,12,21} se utilizó inmovilización con férulas de abducción o yeso, siendo exitoso en dos de ellos; en el caso en que no había remisión, únicamente se indicó evitar la maniobra con buenos resultados.¹²

En dos casos se desconoce tratamiento.^{19,21} En uno se utilizaron tracción y yeso sin resultado positivo con éxito al indicarse evitar luxar la cadera.⁷

Finalmente, Moon y cols.¹⁸ sugieren tratamiento quirúrgico en primera instancia mediante osteotomía femoral para obtener estabilidad temprana de la articulación, punto de vista que no compartimos, ya que con los conocimientos que se tienen hasta la fecha, no se justifica un tratamiento que pueda alterar las relaciones de una articulación anátomicamente normal.

En el presente caso se propuso tratamiento expectante e indicación de evitar el hábito, encontrando a 12 años de seguimiento, que aun cuando el desarrollo de la cadera se puede considerar dentro de parámetros normales, existe cierto grado de displasia al comparar con la cadera contralateral, que aunada a la persistencia en la capacidad de

luxar la cadera pudiera representar un factor de riesgo futuro en el desarrollo de artrosis temprana.

Desde el último control radiográfico hecho, hace 5 años, se indicó uso de férula nocturna en abducción y rotación externa durante 6 meses, logrando evitar el hábito desde entonces, sugerimos pues, utilizar tanto la indicación de suspender el hábito, como el uso de férulas desde el inicio del tratamiento.

Basados en el estudio del presente caso y comparándolo con los reportados en la literatura, sugerimos las siguientes consideraciones:

1. La luxación habitual de la cadera es una afección transitória de la infancia en la que no existe ninguna otra alteración del sistema musculoesquelético.
 2. Se presenta antes de los 9 años de edad y predomina en mujeres, al parecer en forma secundaria a laxitud capsular e imbalance muscular durante el desarrollo, por lo que deberá estudiarse la posible influencia hormonal en su etiopatogenia.
 3. El diagnóstico se establece clínicamente mediante la presencia de chasquido de la cadera y por la presencia de fenómeno de vacío en el estudio radiográfico, consideramos conveniente practicar resonancia magnética como rutina.
 4. Su curso es benigno y el tratamiento conservador mediante el uso de férulas nocturnas y la indicación de evitar el hábito generalmente son suficientes para corregir la alteración. En caso de persistir el problema, deberán estudiarse otras etiologías probables.
 5. Los casos diagnosticados como *Coxa saltans* que se presenten en esta edad, deben ser sometidos a estudio radiográfico al momento de producirse el chasquido.
 6. Deben evaluarse resultados a largo plazo, debido al riesgo de lesión del cartílago articular al momento de realizar las luxaciones antes de corregir el hábito.
2. Beatty JH, Sloan M. Recurrent voluntary anterior dislocation of the hip. Case report and review of the literature. *J Pediatr Orthop* 1989; 9(3): 331-334.
3. Broudy AS, Scott RD. Voluntary posterior hip dislocation in children. Report of two cases. *J Bone Joint Surg* 1971; 57-A(5): 716-717.
4. Cristofaro RL, Heskiaoff D. Bilateral habitual hip dislocation in a child with Down's syndrome: a case report. *Clin Orthop* 1981; 156: 41-42.
5. Chan YL, Cheng JCY, Tang APY. Voluntary habitual dislocation of the hip: sonographic diagnosis. *Pediatr Radiol* 1993; 23(2): 147-148.
6. Duyfjes F. Recurrent dislocation of the hip joint in a boy. *J Bone Joint Surg* 1963; 45-B(2): 432.
7. Goldberg I, Roussel I. Voluntary habitual dislocation of the hip. A case report with follow-up by computed tomography. *J Bone Joint Surg* 1984; 66-A(7): 1117-1119.
8. Graham B, Lapp RA. Recurrent posttraumatic dislocation of the hip. A report of two cases and review of the literature. *Clin Orthop* 1990; 256: 115-119.
9. Gopalakrishnan KC, Lewis J. Traumatic haemarthrosis causing femoral head subluxation. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-B(4): 554-556.
10. Guillén NJ, Ruiz GM, Nassar CJ. Luxación posterior voluntaria de la cadera. *Anales Ortop y Traumatol* 1978; XIV(4): 239-243.
11. Haddad RJ, Drez D. Voluntary recurrent anterior dislocation of the hip. A case report. *J Bone Joint Surg* 1974; 56-A(2): 419-422.
12. Heikkinen ES, Sulamaa M. Recurrent dislocation of the hip. Report of two children. *Acta Orthop. Scandinav.* 1971; 42: 58-62.
13. Heinrich SD, MacEwen GD, Zembo MM. Hip dysplasia, subluxation, and dislocation in cerebral palsy, an arthrographic analysis. *J Pediatr Orthop* 1991; 11(4): 488-493.
14. Iwamoto Y, Katsuki I, Eguchi M, Oishi T, Sugioka Y, Sasaki K. Voluntary dislocation of both hips in child. A case report. *Intern Orthop* 1989; 13: 283-285.
15. Keret D, Reis ND. Voluntary habitual dislocation of the hip joint in a child. *J Pediatr Orthop* 1986; 6(2): 222-223.
16. Lau JHK, Parker JC, Hsu LCS, Leong JCY. Paralytic hip instability in poliomyelitis. *J Bone Joint Surg* 1986; 65-B(4): 528-533.
17. Lee EH, Carroll NC. Hip stability and ambulatory status in myelomeningocele. *J Pediatr Orthop* 1985; 5(5): 522-527.
18. Moon MS, Sun DH, Moon YW. Habitual voluntary dislocation of the hip in a child. A case report. *Int Orthop* 1996; 20: 330-332.
19. Pettersson H, Theander G, Danielsson L. Voluntary habitual dislocation of the hip in children. *Acta Radiol Diagn* 1980; 21: 303-307.
20. Sierra LR, Fernández EH. Luxación congénita de la cadera. *Tratamiento basado en la biomecánica*. México; Ed. Médicas del Hospital Infantil, 1984.
21. Stuart PR, Epstein HP. Habitual hip dislocation. *J Pediatr Orthop* 1991; 11(4): 541-542.
22. Walker J, Rang M. Habitual hip dislocation in a child. Another cause of snapping hip. *Clin Pediatr Phila* 1992; 31(9): 562-563.
23. Wharton GR. Recurrent traumatic dislocation of the hip in children. *Clin Orthop* 1973; 90: 107-109.

Bibliografía

1. Ahmadi B, Harkess JW. Habitual dislocation of the hip. A new simple classification and report of a case. *Clin Orthop* 1983; 175: 209-212.

