

DISPLASIA DE CADERA EN ADULTOS: LÍNEAS QUE NO HAY QUE OLVIDAR EN RX

Autores: Rocha Rocio Daniela, Luna Castro Cristian Federico, Aguilera Sofía Agustina, López Dib Fernández Bárbara Lujan, Ramos Sebastián Cayetano, Salvador Diego Fernando

Institución: Imagen Clara SRL

Los autores no refieren conflicto de interés.

Salta- Argentina

Mail: rocharociod@gmail.com



Objetivos de aprendizaje

Objetivos de aprendizaje

- Familiarizarse con las medidas radiológicas más útiles en el diagnóstico de la displasia de cadera en el adulto.
- Repasar la anatomía radiográfica de la pelvis, comprendiendo lo normal para entender lo anormal.
- Ilustrar las líneas básicas de las estructuras anatómicas que constituyen las referencias de la displasia acetabular del adulto.
- Describir la utilidad y las limitaciones de las radiografías simples.

Revisión del tema

La displasia acetabular se conoce como acetábulo poco profundo, ya que no puede proporcionar una cobertura suficiente para la cabeza femoral, por lo tanto, conduce a la inestabilidad de la articulación de la cadera.

Existe variabilidad según el rango de severidad desde formas muy leves hasta la luxación completa de la cadera.

Tiene una prevalencia estimada del 0,1% y es más común en mujeres.

Factores de riesgo

- Artritis séptica previa
- Trauma previo
- Displasia del desarrollo de la cadera



Clínica

Los pacientes generalmente se presentan con dolor de cadera o dolor en la ingle, especialmente en posiciones extremas, por ejemplo, flexión e hiperextensión de la cadera. Además, puede haber cojera o signos y síntomas de inestabilidad de la cadera.

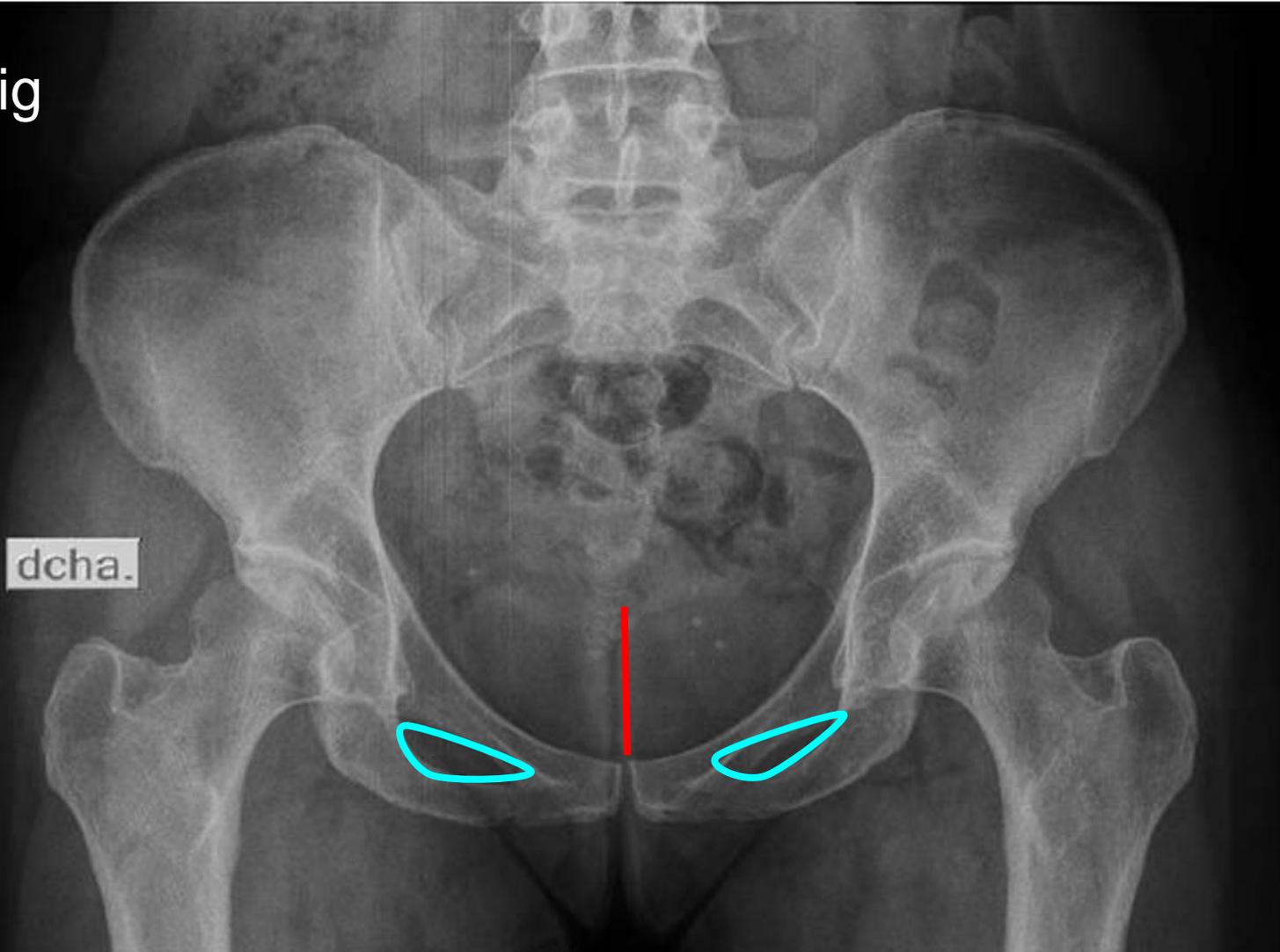
La radiografía convencional es el primer paso en la evaluación radiológica del paciente con dolor de cadera.

La morfología de la articulación coxofemoral puede ser completamente valorada mediante seis proyecciones: proyección anteroposterior de la pelvis (AP), proyección lateral pura ("crosstable"), proyecciones de Dunna los 45° y a los 90°, proyección en falso perfil de Lequesne, proyección de Lowenstein ("frogleg").

No es indicación rutinaria completar todas las proyecciones nombradas, sino que dependen la sintomatología de cada paciente.

En reglas generales, las proyecciones que proporcionan una información más útil en la valoración radiográfica de la displasia del desarrollo de cadera en el adulto son la proyección AP de la pelvis y la proyección en falso perfil de Lequesne.

Fig
1



PROYECCIÓN AP DE LA PELVIS

- Fig 1. Paciente en decúbito supino, con una ligera rotación interna de ambos miembros inferiores. (15° - 20°).

En una técnica correcta, existe una alineación entre el coxis y la sínfisis del pubis y ambos agujeros obturadores son simétricos (líneas celestes).

La distancia entre la punta del coxis y el borde superior de la sínfisis del pubis es entre 1 y 3 cm aproximadamente (línea roja).



PROYECCIÓN EN FALSO PERFIL DE LESQUENE

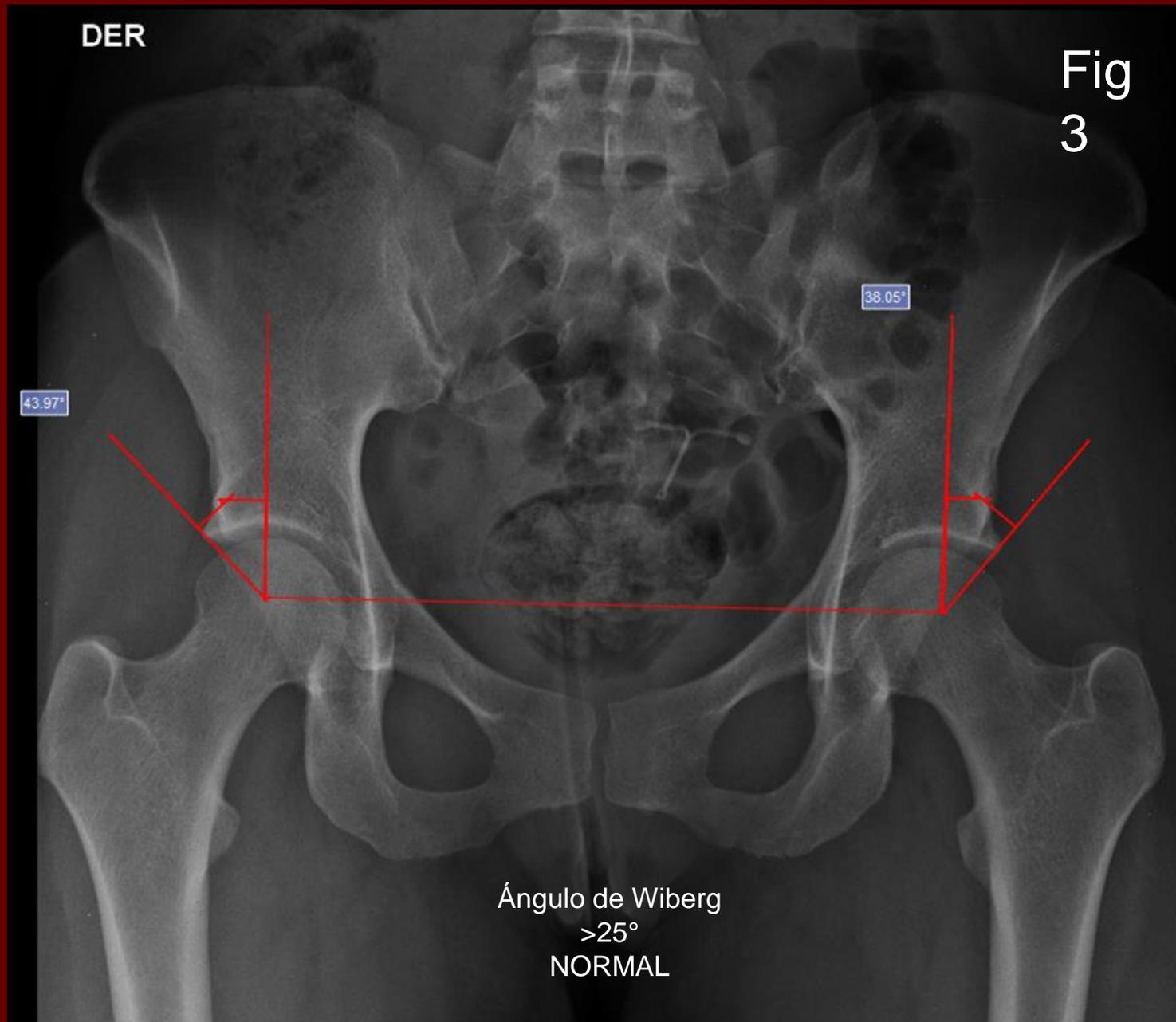
Cuando se confirma una alteración a nivel acetabular, se completa el estudio con esta proyección (Fig 2) en donde valoramos la cobertura acetabular anterior.

Se realiza con el paciente en bipedestación con la pelvis rotada 65° en relación con el tubo.

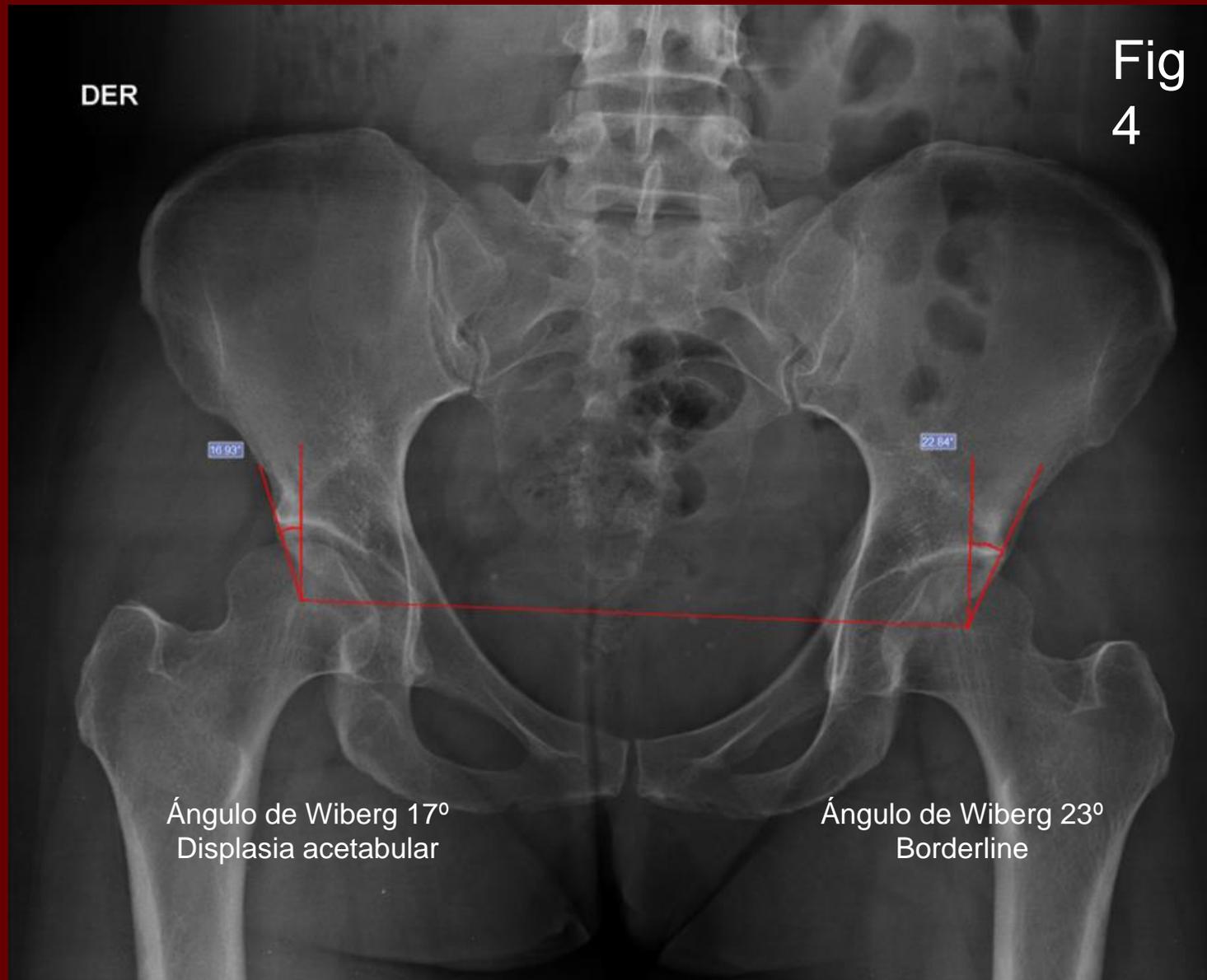
Desde el punto de vista técnico esta proyección es correcta cuando la distancia entre ambas cabezas femorales es aproximadamente el diámetro de una de ellas (línea roja).

MEDIDAS MÁS ÚTILES PARA LA DISPLASIA DE CADERA EN ADULTOS

Ángulo de Wiberg
ó ángulo CE
(ángulo centro - borde)



Ángulo de Wiberg ó ángulo CE (ángulo centro - borde)

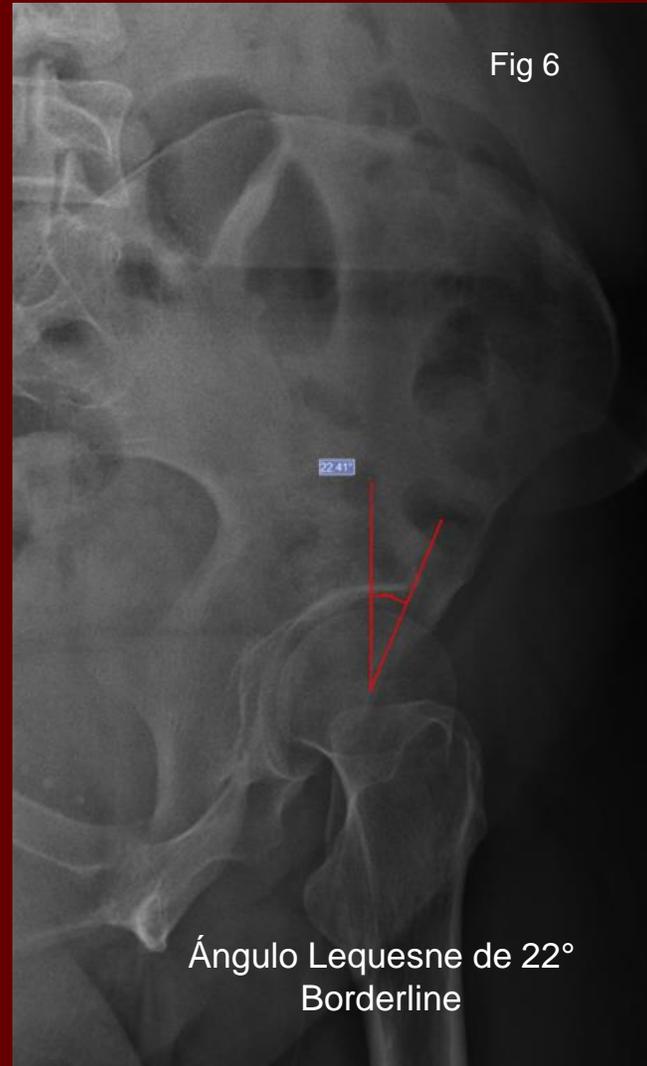
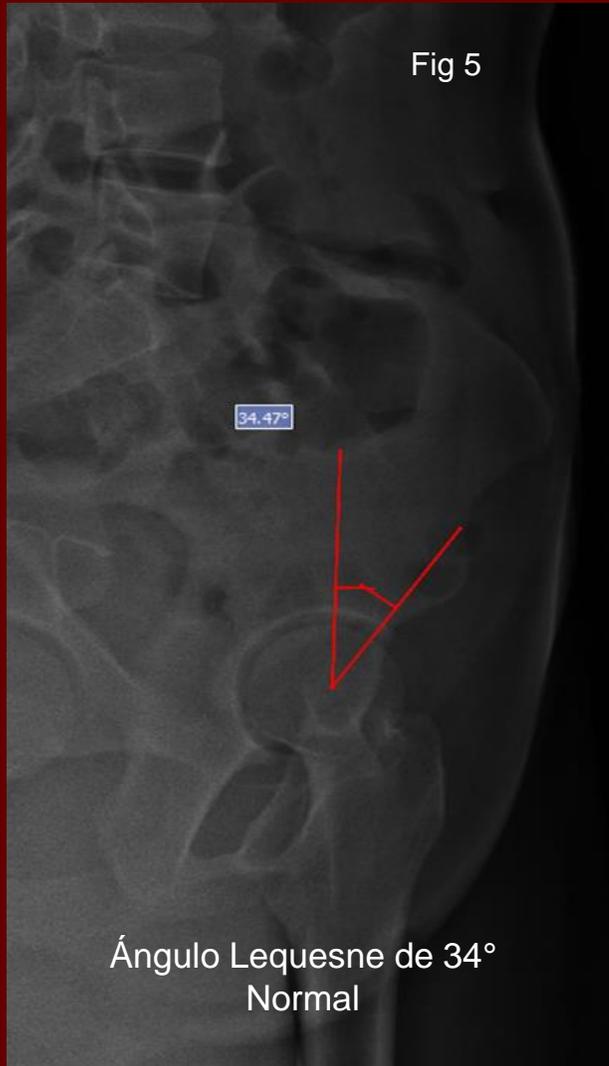


Es la medida radiológica más importante, ya que una medición anormal diagnostica la displasia.

Se valora la cobertura acetabular superolateral de la cabeza femoral.

Se forma a partir de dos líneas, una desde el centro de la cabeza femoral y perpendicular a la línea que une las dos cabezas femorales; y la segunda desde el centro de la

Ángulo de Lequesne ó ángulo centro - borde anterior



Se valora la cobertura acetabular anterosuperior de la cabeza femoral.

Se forma desde una línea que conecta el centro de la cabeza femoral con el margen más anterior y superior del techo acetabular y una línea vertical a través del centro de la cabeza femoral.

>25° - Normal

20-25° - Borderline

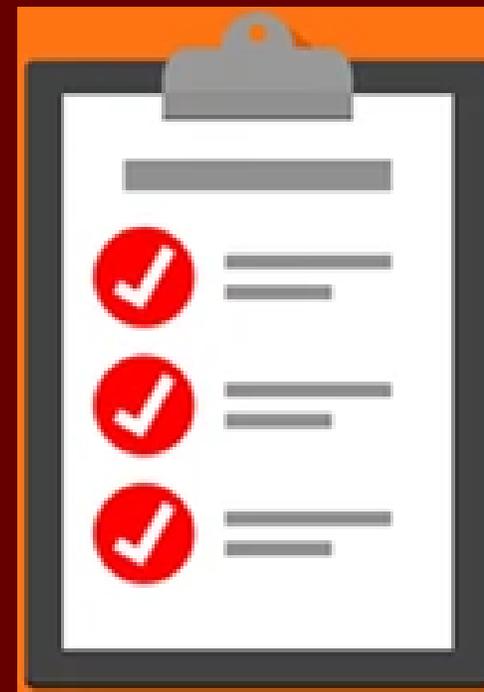
Clasificación radiográfica de Tonnis para la coxartrosis secundaria a DCA

GRAD	DESCRIPCIÓN DE LOS CAMBIOS
0	No hay signos de coxartrosis
1	Escasos: Aumento en la esclerosis subcondral, discreto adelgazamiento del espacio articular, hay muy discreta o no hay afectación en la esfericidad de la cabeza femoral.
2	Moderados: Hay pequeños quistes, moderado adelgazamiento del espacio articular, moderada pérdida

Clasificación de Tonnis, se utiliza para diferenciar por grados los hallazgos típicos que produce la artrosis en la articulación, y permite establecer un pronóstico según la cadera se encuentre más o menos desgastada. Severa deformidad de

El informe radiológico debe incluir la descripción de los siguientes:

- Morfología acetabular.
- Medidas: ej: ángulo lateral entre el centro y el borde, índice acetabular y / o índice de extrusión.
- Signos de artrosis precoz: esclerosis subcondral, quistes, osteofitos, grado de Tonnis.
- Lesión del labrum y / o condral o lesión del ligamento redondo.
- Fóvea alta (si está presente).



Conclusiones

Ante una anomalía en las mediciones de la pelvis debemos plantear el diagnóstico de displasia de cadera para poder iniciar un tratamiento precoz y evitar así las complicaciones a largo plazo.

El control de esta patología es por radiografías simples, por eso la importancia de la buena interpretación del estudio.

Bibliografía

- Arevalo Galeano, N., Diez Uriel, E., Santamaria Guinea, N., Gredilla Molinero, J., Grande Barez, M., & Barcina Garcia, E. Hallazgos radiológicos de la displasia de cadera en el adulto. Seram, (2018).
- Ninomiya S, Tagawa H: Rotational acetabular osteotomy for the dysplastic Hip. J Bone Joint Surg Am 1984.
- Beltran LS, Rosenberg ZS, Mayo JD et al. Imaging evaluation of developmental hip dysplasia in the young adult. AJR Am J Roentgenol. 2013 Mayo.
- James S, Miocevic M, Malara F et al. MR imaging findings of acetabular dysplasia in adults. Skeletal Radiol. 2006 Junio.