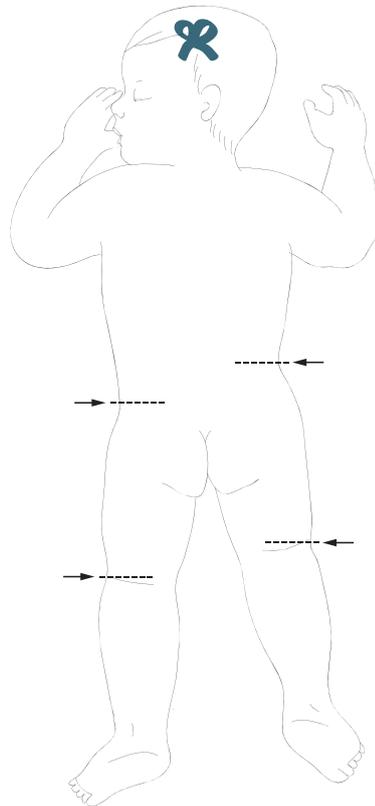


¿Qué es la oblicuidad pélvica congénita?

La oblicuidad pélvica congénita es una enfermedad común que aparece como consecuencia de una mala postura intrauterina del feto y consiste en la aparición inicial de una contractura y acortamiento del músculo glúteo medio, que lleva como consecuencia a un descenso de la cadera de ese lado y un ascenso de la otra mitad de la pelvis. Puede aparecer de forma aislada o englobada dentro del síndrome del niño moldeado (tortícolis postural, actitud escoliótica, oblicuidad pélvica, torsión tibial interna y externa, metatarso aducto y abducto).



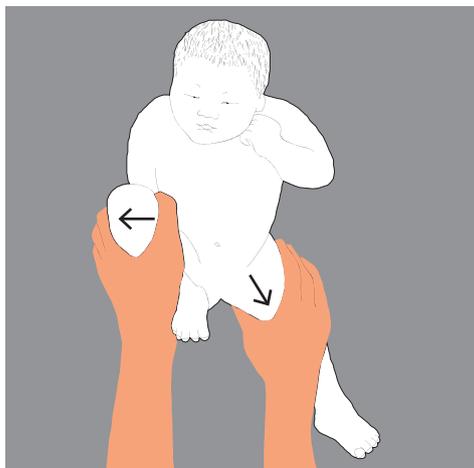
¿Es grave la oblicuidad pélvica congénita?

Se trata de una entidad clínica banal, siempre que no se presente asociada a una displasia del desarrollo de la cadera que se encuentra elevada, lo cual es bastante menos frecuente y precisaría el tratamiento adecuado para dicha patología.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de oblicuidad pélvica congénita es un diagnóstico clínico puesto que las pruebas complementarias como la ecografía o la radiografía suelen ser normales.

En la exploración física, se pone de manifiesto una limitación de la abducción (separación) y aparente acortamiento de la extremidad del lado ascendido, junto con una limitación de la aducción (aproximación) de la cadera descendida (la cadera con contractura y acortamiento del glúteo medio)



¿Cómo se trata la oblicuidad pélvica?

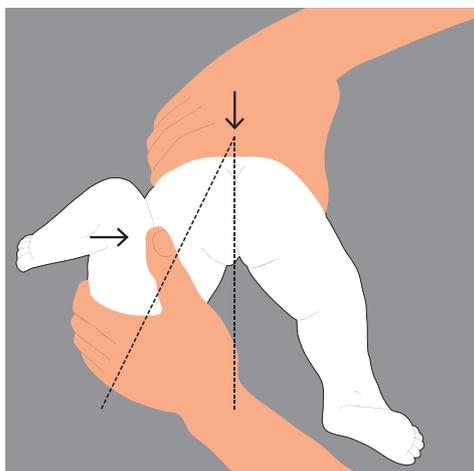
El tratamiento de la oblicuidad pélvica congénita no asociada a displasia del desarrollo de la cadera consiste en realizar una pauta de ejercicios de estiramiento:

1. Estiramiento de los músculos aductores (aproximadores) de la cadera elevada. Se hace con el niño en decúbito supino, es decir con el niño tumbado mirando hacia arriba.
2. Estiramiento del músculo glúteo medio (abductor) de la cadera opuesta (cadera descendida). Se hace con el niño en decúbito prono, es decir tumbado pero mirando hacia abajo. Tanto en uno como en otro ejercicio de estiramiento es importante una correcta fijación de la pelvis del niño para que el ejercicio sea aún más efectivo.

Se trata de ejercicios sencillos que pueden ser realizados por los propios padres una vez sean debidamente explicados y supervisados. Se deben realizar varias tandas de ejercicios cada día (a ser posible, con cada cambio de pañal y también después del baño diario), manteniendo durante 6 segundos la posición alcanzada, tanto de separación como de aproximación de la cadera correspondiente, hasta la normalización clínica, que habitualmente sucede a las 3 ó 4 semanas y se reducen progresivamente hasta que el niño es capaz de caminar.

¿Hasta cuando se realiza el seguimiento?

La primera revisión se realizará al mes. Si la evolución es favorable, posteriormente a los dos meses, la siguiente en torno al año de edad y la última tras seis meses de marcha liberada.



*Dr. Jose María Delgado Mendilívar
Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital Virgen de Valme. Sevilla*

BIBLIOGRAFÍA

- Seringe, R.; Langlais, J.; Bonet, J.Ch.: "Le bassin asymétrique congénital. Etude clinique, radiologique et evolution", en *Rev Chir Orthop*, 1992, 78: 65-73.
- Tachdjian, M.O.: *Ortopedia clínica pediátrica. Diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1999.
- Conejero Casares, J.A.: "Alteraciones ortopédicas frecuentes en la infancia", en: *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física*. Madrid, Médica Panamericana, 2006. p. 709.

