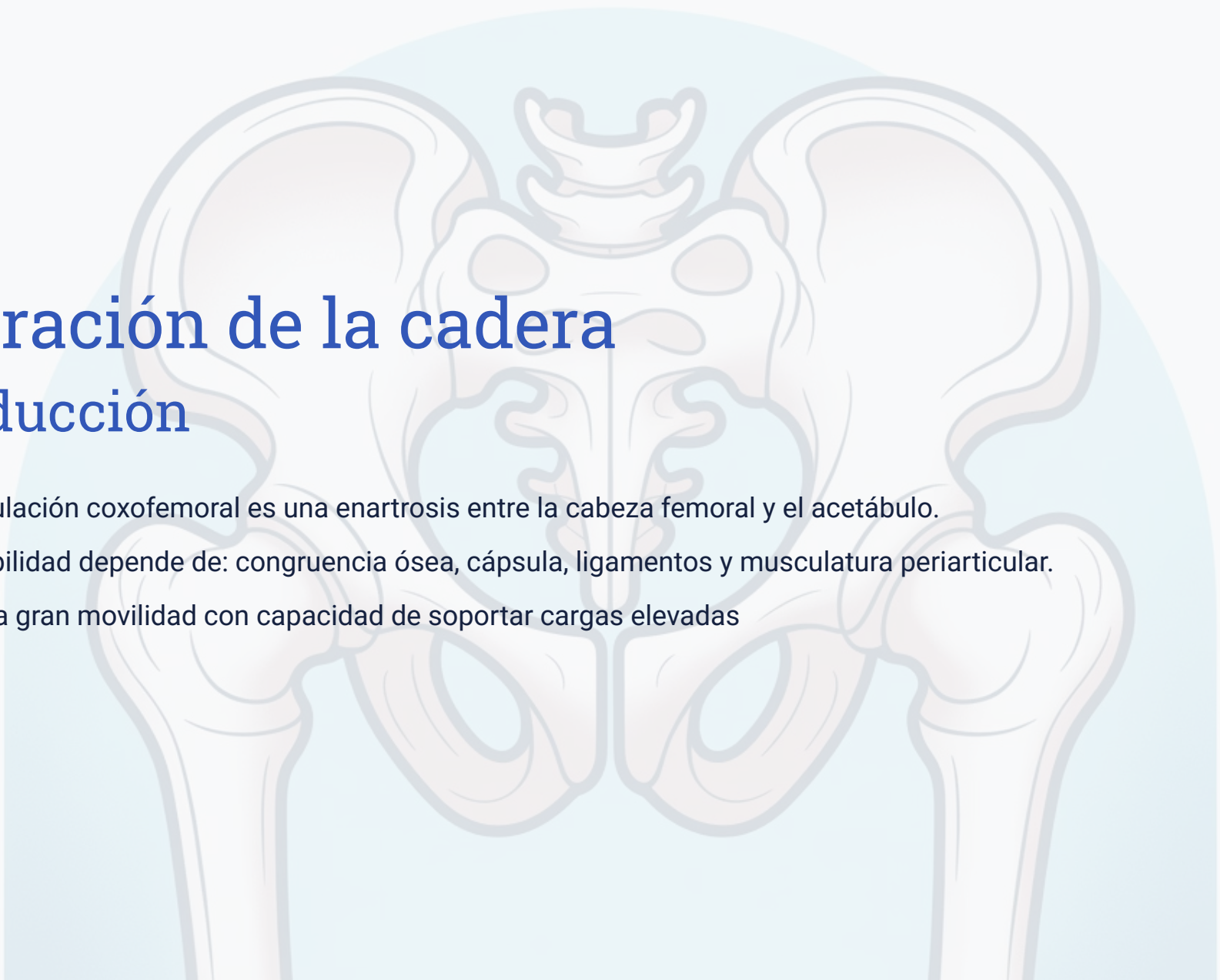


An anatomical illustration of the human pelvis and femurs, viewed from the front. The pelvis is shown in a light blue color, and the femurs are shown in a light pink color. The illustration is centered in the background of the slide.

Valoración de la cadera

Introducción

- La articulación coxofemoral es una enartrosis entre la cabeza femoral y el acetábulo.
- Su estabilidad depende de: congruencia ósea, cápsula, ligamentos y musculatura periarticular.
- Combina gran movilidad con capacidad de soportar cargas elevadas

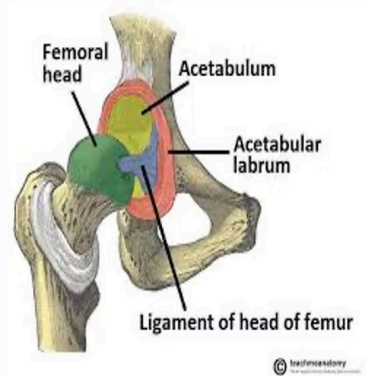
Anatomía funcional

Superficies articulares

- Cabeza femoral: 2/3 de esfera recubierta de cartílago hialino.
- Acetábulo (ilíon, isquion, pubis), con cartílago en herradura y rodete acetabular (labrum).

Cápsula articular

Fibrosa, reforzada por ligamentos, con líquido sinovial.

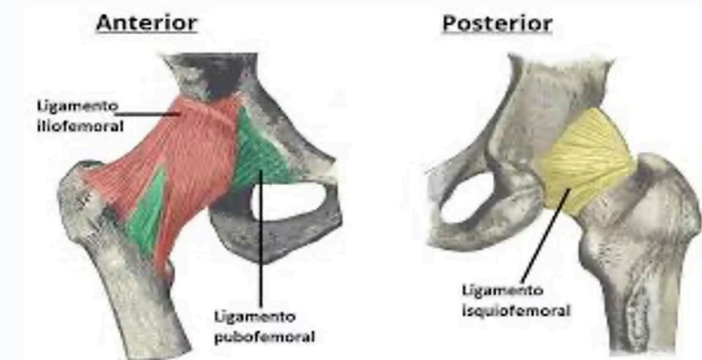


Ligamentos capsulares

Iliofemoral (Bertin/Bigelow), pubofemoral, isquiofemoral.

Ligamentos intraarticulares

Ligamento de la cabeza del fémur (redondo), membrana sinovial.



Eje cervicodiafisario y alteraciones

Ángulo entre cuello y diáfisis femoral:

Adulto

120–135°

Recién nacido

~150°

Coxa valga

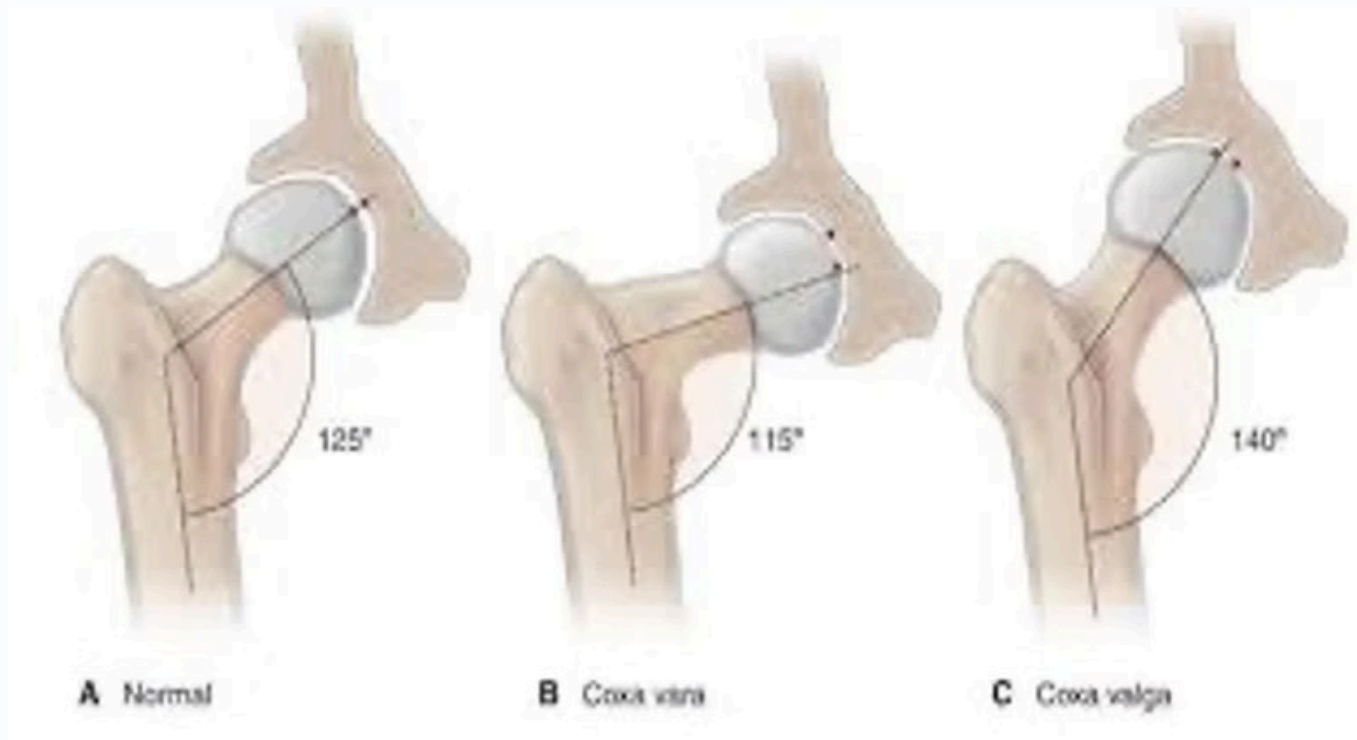
>135°

→ luxación/inestabilidad, valgo de rodilla.

Coxa vara

<120°

→ fracturas, acortamiento, marcha de Trendelenburg.



Biomecánica y función

Estabilidad

Máxima en extensión + ligera abducción + rotación interna.

Inestabilidad

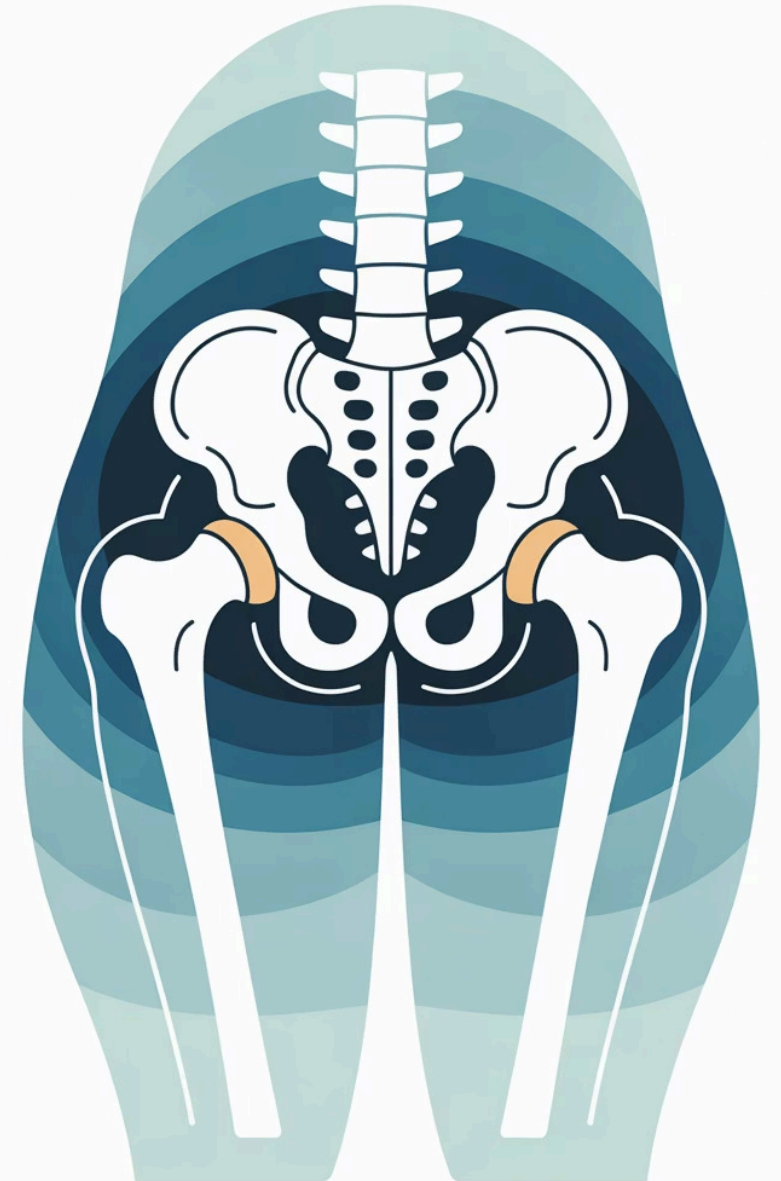
Flexión + aducción + rotación interna → riesgo de luxaciones posteriores.

Balanza de Pauwels

Relación entre peso corporal y fuerza abductora.

Signo de Trendelenburg

Caída de pelvis contralateral por debilidad del glúteo medio.



Músculos principales



Flexión

Iliopsoas, recto femoral, sartorio, tensor fascia lata.



Extensión

Glúteo mayor, isquiotibiales.



Abducción

Glúteo medio, glúteo menor, tensor fascia lata.



Aducción

Aductores mayor, largo, corto, grácil, pectíneo.



Rotación externa

Glúteo mayor, piriforme, obturadores, géminos, cuadrado femoral, sartorio.



Rotación interna

Glúteo medio, glúteo menor, tensor fascia lata.



Circunducción: combinación de los anteriores.

Inspección y referencias anatómicas

Planos de referencia

Sagital

EIAS, trocánter mayor, epicóndilo lateral.

Frontal

EIAS, sínfisis púbica, trocánter mayor, línea media rótula.

Transversal

EIAS, trocánter mayor, rótula, cresta tibial.

Evaluación estática en bipedestación

- **Vista anterior:** pelvis, rodillas, rótulas, maléolos.
- **Vista lateral:** anteversión/retroversión pélvica, lordosis lumbar.
- **Vista posterior:** EIPS, pliegues glúteos, alineación rodillas y tobillos.

Evaluación de la movilidad

Movilidad activa



Flexión

120–130°



Extensión

20–30°



Abducción

40–45°



Aducción

20–30°



Rotación interna

30–40°



Rotación externa

40–50°

Movilidad pasiva

Mayor que la activa, con hallazgos patológicos (limitaciones en artrosis, acortamientos musculares, paresias; hiperlaxitud en hipermovilidad).

Goniometría

Flexión

0–120° (AAOS)

Extensión

0–10° (AO), 0–30° (AAOS)

Abducción

0–50° (AO), 0–45° (AAOS)

Aducción

0–30°

Rotación externa

0–50° (AO), 0–45° (AAOS)

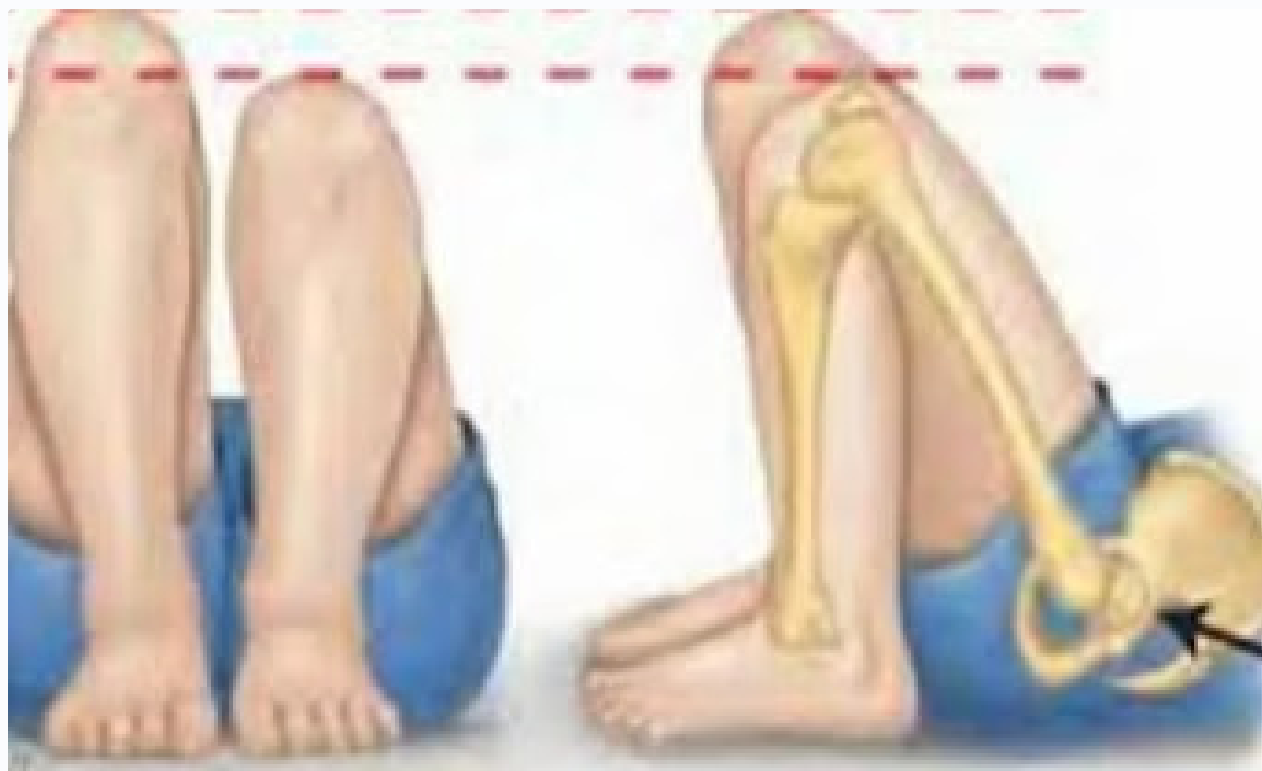
Rotación interna

0–40° (AO), 0–45° (AAOS)

Pruebas clínicas específicas

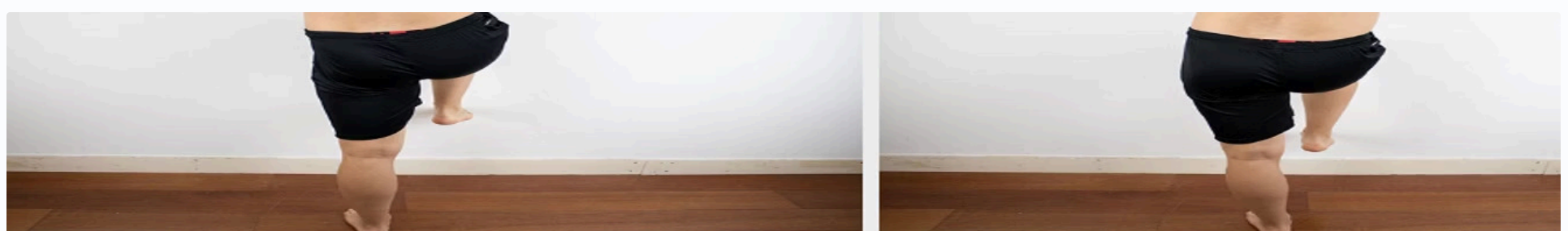
- Test de Galeazzi

Dismetría femoral.



- Test de Trendelenburg

Debilidad glúteo medio.



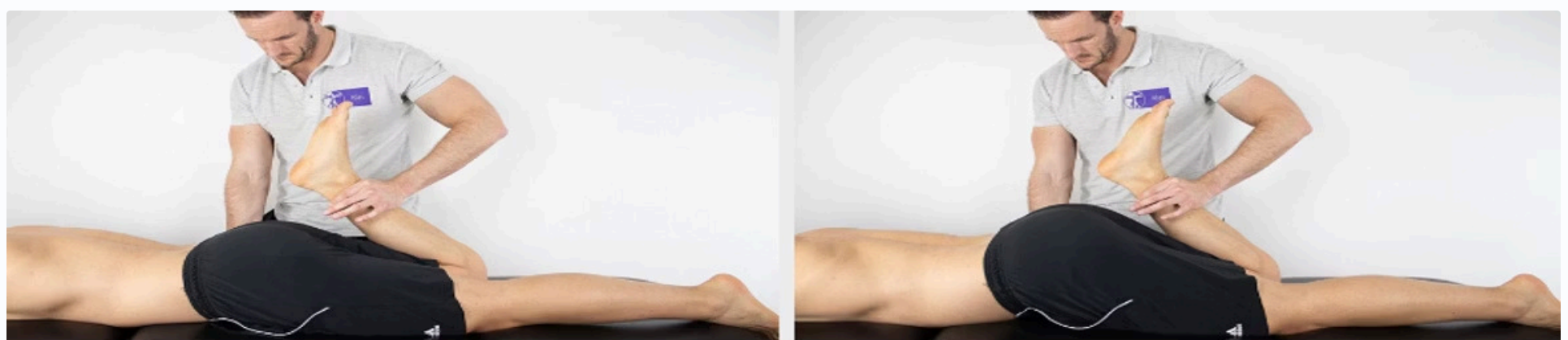
- Test de Thomas

Acortamiento flexores.



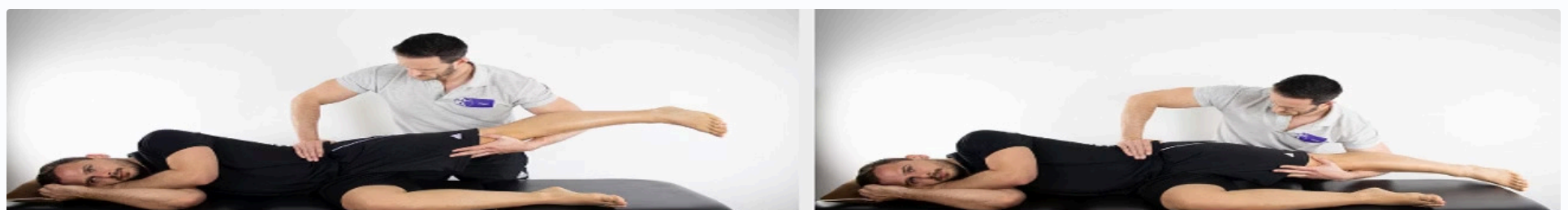
- Test de Ely

Recto femoral.



- Test de Ober

Contractura tensor fascia lata.



- Test FABER (Patrick)

Patología intraarticular/sacroilíaca.



- Test FADIR

Pinzamiento femoroacetabular.

