

CASO CLÍNICO

Luxación traumática anterior de cadera Traumatic anterior dislocation of the hip

Hugo Kunzle Elizeche¹, Cristhian Martínez¹, Mirna Valenzuela¹, Rubén Rojas¹, Jorge Sisa², Ricardo Gregor³

RESUMEN

Las luxaciones traumáticas anteriores de cadera son lesiones poco frecuentes y por lo general secundarias a traumatismos de alta energía. Con el objetivo de enfatizar la importancia de la reducción precoz y un tratamiento adecuado para evitar posteriores complicaciones, presentamos dos casos clínicos atendidos en nuestro Servicio con buena evolución.

Palabras claves: luxación de la cadera traumática anterior.

ABSTRACT

Anterior hip dislocations are a rare type of injuries that commonly result from high-energy trauma. In order to emphasize the importance of an early reduction and appropriate treatment to avoid further complications, we present two clinical cases managed in our Service with good evolution.

Keywords: Anterior traumatic hip dislocation.

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones traumáticas anteriores de cadera representan 10 a 15 % de todas las luxaciones traumáticas de cadera^{1, 2}. Las luxaciones anteriores son subdivididas en tipo superior o púbica (10%) y tipo inferior u obturatriz (90%)³. Debido a la poca frecuencia de las luxaciones traumáticas anteriores de cadera en comparación con las luxaciones posteriores, los detalles de la luxaciones anteriores de cadera y la lesiones asociadas son escasos, así como las recomendaciones de tratamiento.

RELATO DE CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: paciente sexo masculino, 24 años de edad, estudiante, ingresó con antecedente de accidente en motocicleta ocasionado por automóvil. Al ingreso se constató escoriaciones en la región medial de la rodilla derecha, presentaba el miembro inferior derecho en abducción, rotación externa y la cadera en extensión. Se realizaron radiografías simples y tomografía axial computadorizada de la pelvis llegando al diagnóstico de luxación traumática anterior púbica de cadera derecha (fig 1). Posteriormente, a las 4 horas del evento, se procedió a la reducción con la maniobra de Allis, con anestesia tipo sedación, seguido de reposo en cama por 2 semanas y descarga por otras 6 semanas. Luego recibió apoyo progresivo acompañado de fisioterapia. A los 12 meses del evento traumático, el paciente se encuentra asintomático, deambula sin apoyo y el arco de movimiento de la cadera es normal. En el examen radiográfico y tomográfico, se constata la articulación coxofemoral normal y ausencia de signos de necrosis de cabeza femoral.



Fig 1. Caso 1: luxación traumática anterior púbica de cadera derecha. A: al ingreso, miembro inferior derecho en abducción, rotación externa y extensión de la cadera. B: radiografía de la pelvis, prerreducción, se observa asimetría de la articulación coxofemoral derecha y prominencia del trocánter menor del fémur derecho. C: tomografía simple de cadera derecha, prerreducción. D: tomografía 3D de la pelvis, prerreducción.

1. Médico Residente del Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

2. Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

3. Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

Artículo recibido: 30 de octubre de 2013. Artículo aprobado: 04 de noviembre de 2013

Correo electrónico: hugokunzle@hotmail.com

Caso 2: paciente de sexo masculino, 37 años de edad, empleado, víctima de caída de motocicleta en movimiento, refirió dolor en la cadera izquierda. Al examen físico presentó posición en flexión de la cadera izquierda, abducción y rotación externa del miembro inferior izquierdo. Con apoyo de la radiografía y tomografía de la pelvis se diagnostica luxación traumática anterior obturatriz de cadera izquierda (Fig 2). Se realizó la reducción con anestesia tipo sedación, a las 3 horas del evento traumático, sin dificultad. Se siguió el mismo esquema de recuperación y rehabilitación del caso 1. Posteriormente, a los 18 meses, no se constata limitación funcional del miembro afectado y en los métodos auxiliares de diagnóstico no se observan signos de necrosis de la cabeza femoral.

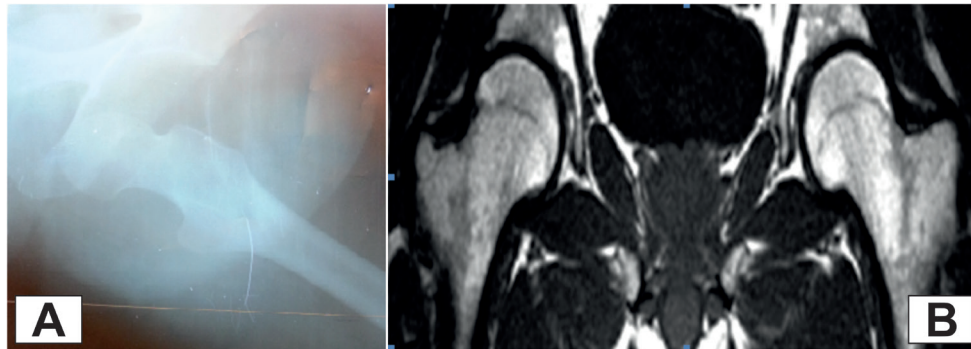


Fig 2. Caso 2: luxación traumática anterior obturatriz de cadera izquierda. A: radiografía de cadera izquierda prereducción, se observa la cabeza femoral fuera de la articulación coxofemoral, sobre el agujero obturador. B: tomografía simple de la pelvis, postreducción.

DISCUSIÓN

La luxación de cadera representa 2% al 5% de todas las luxaciones traumáticas. Entre estas, la luxación traumática anterior de cadera es más infrecuente que la luxación posterior¹.

Epstein et al.³ relataron que la mayoría de las luxaciones de cadera se presentaron en personas de sexo masculino, entre 16 y 40 años de edad, como resultado de un trauma de alta energía, entre los cuales predominan los accidentes de tránsito, principalmente en motocicletas. Otras causas son atropellamientos y caídas de altura. En nuestros casos relatados, el mecanismo de lesión fue un impacto directo en la rodilla, con el miembro inferior afectado en abducción y rotación externa. La posición final siempre depende de la articulación de la cadera, en extensión o flexión en el momento del impacto⁴.

En la evaluación inicial, debemos solicitar una radiografía panorámica de la pelvis. Frecuentemente en ésta, la luxación antero-superior de la cadera es confundida con la luxación posterior. Cuando hay sospecha de una luxación anterior, es necesario observar la morfología del trocánter menor del fémur, resultando ésta más prominente como resultado de la rotación externa de la cadera. La imagen de la luxación antero-inferior en la radiografía es clara, mostrando la cabeza del fémur en el agujero obturador⁵.

En 55% a 75% de los casos, podemos encontrar lesiones asociadas, principalmente fracturas de cabeza de fémur y acetábulo. Otras menos citadas son las fracturas de cuello femoral, de rótula y lesiones en la rodilla⁶.

La luxación de cadera corresponde una emergencia ortopédica⁷. El diagnóstico precoz y una técnica de reducción cerrada adecuada, dentro de un periodo no superior a las 6 horas de la lesión, son fundamentales para el futuro de la articulación traumatizada. La misma debemos realizar con sedación intravenosa; un retraso en la misma aumenta el riesgo de necrosis avascular de la cabeza del fémur. Si el objetivo no fue alcanzado debemos realizar una reducción abierta en sala de quirófano⁸.

Con la luxación resuelta, es necesario realizar estudios de imágenes como radiografía y tomografía de la pelvis, buscando complicaciones agudas como fracturas de cabeza femoral, acetábulo, fragmentos óseos intraarticulares o lesiones de cartílago de la articulación afectada.

Algunos autores relatan que las complicaciones tardías aparecen en la mayoría de los casos antes de los 2 años de la lesión, entre ellas, la osteoartritis es la más frecuente. También se pueden presentar necrosis ósea avascular e inestabilidad recidivante. No se han descrito lesiones nerviosas⁸.

CONCLUSIÓN

La luxación traumática anterior de cadera, a pesar de ser una afección grave y rara, cuando es diagnosticada y tratada adecuadamente, presenta buenos resultados, con la recuperación funcional de la articulación y sin secuelas.

Todos los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés referente a este artículo.

DISTINCIONES

Trabajo con Mención de Honor en la categoría de poster en el VIII Congreso Paraguayo de Ortopedia y Traumatología, Asunción, setiembre del 2012

REFERENCIAS

1. Clegg TE, Roberts CS, Greene JW, Prather BA. . Hip dislocations--epidemiology, treatment, and outcomes. *Injury*. 2010 Apr; 41(4): 329-34
2. Holt GE, McCarty EC. Anterior hip dislocation with an associated vascular injury requiring amputation. *J Trauma*. 2003 Jul; 55(1): 135-8.
3. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 1973 May; 92:116-42.
4. Domingo A, Segur JM, Saz L, García-Ramiro S. Unusual traumatic anterior bilateral hip dislocation. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2008; 18: 475–478.
5. Sathoo UK, Tucker GS, Maheshwari AV, Kaul A. Open anterior fracture dislocation of the hip: a case report and review of literature. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2005 Oct; 125(8): 550-4.
6. Erb RE, Steele JR, Nance EP Jr, Edwards JR. Traumatic anterior dislocation of the hip: spectrum of plain film and CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 1995 Nov; 165(5): 1215-9.
7. Massioli AA. Acute dislocations. In: Canale ST, Beaty J. *Campbell's operative orthopaedics*. 12ed.. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2013. p. 3017-3037.
8. Bastian JD, Turina M, Siebenrock KA, Keel MJ. Long-term outcome after traumatic anterior dislocation of the hip. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2011 Sep; 131(9): 1273-8.