

PRESENTACION DE CASO**Luxación asimétrica traumática bilateral de cadera. Presentación de un caso****Asymmetric traumatic bilateral dislocation of hip. Case report**

Dr. Pedro Gonzalo González González¹, Dra. Tamara Elizabeth Morales Pérez².

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Ciencias Médicas. Profesor Instructor. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos. Consultante del Hospital Livingstone. Port Elizabeth. Sudáfrica.² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias Médicas. Principal Medical Officer. Hospital Livingstone. Port Elizabeth. Sudáfrica.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 26 años de edad que en un accidente de tránsito sufrió una luxación asimétrica bilateral de cadera. Fue tratado con reducción a cielo cerrado y tracción esquelética por seis semanas. Porque la literatura revisada solo reconoce 6 casos publicados con este tipo de lesión y por ser una emergencia médica resultado de traumatismos de alta energía, con la osteonecrosis séptica como la complicación más frecuente y más grave, se decidió publicar este caso.

Palabras clave: luxación de la cadera /terap, compl; heridas y traumatismos /terap, compl; medicina de emergencia

Límites: Humanos, Adulto

ABSTRACT

A male (26 years) suffered an asymmetric bilateral dislocation of hip as a result of a car accident. The patient was treated with closed reduction and bone traction for six weeks. We present this report since the reviewed literature only include six cases with this kind of lesion and because this is a medical emergency resulting from high impact trauma, being the aseptic osteonecrosis the most significant and serious complication.

Key words: hip dislocation /terap, compl; wounds and injuries /terap; emergency medicine

Limits: Human being, Adult

INTRODUCCIÓN

La cadera es una gran articulación, dotada de una amplia y extensa gama de movimientos en los tres ejes: coronal, sagital y vertical. ⁽¹⁾

La luxación de cadera se produce como consecuencia de traumatismos de alta energía, es frecuente en individuos jóvenes. Su diagnóstico es clínico y se basa en el antecedente de traumatismo violento, dolor intenso, impotencia funcional, acortamiento del miembro afectado y posición viciosa del muslo. ⁽¹⁾

Es una emergencia que requiere tratamiento en el menor tiempo posible para evitar complicaciones. Quizás la más frecuente y más grave de estas es la osteonecrosis, que ocurre en hasta un 15 % de las luxaciones, por desgarro de los vasos nutricios de la cabeza femoral. ⁽¹⁻³⁾

Los mecanismos de lesión se clasifican en anterior y posterior, sobre la base de la posición de la cabeza femoral desplazada en relación con el acetábulo. En la luxación posterior de cadera, el paciente se encuentra sentado y generalmente con un muslo cruzado sobre el otro, recibe un impacto directo y violento, de adelante hacia atrás contra la rodilla, esta fuerza se transmite a lo largo del muslo (fémur) y propulsa la cabeza femoral hacia atrás proyectándose contra el reborde cotiloideo y

Recibido: 12 de enero de 2009

Aprobado: 23 de enero de 2009

Correspondencia:

Dr. Pedro Gonzalo González González
Facultad de Ciencias Médicas
"Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos

contra la cápsula, quedando alojada tras ella. Las características de este tipo de luxación son antecedentes de traumatismo violento; dolor en la raíz del muslo; impotencia funcional total; el miembro afectado está sostenido en flexión, aducción y rotación medial a nivel de la cadera; en tanto que la rodilla o el pie se apoyan en la pierna normal; acortamiento aparente y real de dicha extremidad; la cabeza femoral a veces se puede palpar bajo los músculos glúteos; cualquier movimiento de la cadera duele y hay un mecanismo de "protección" a base de espasmo muscular, por lo cual no puede estar de pie o caminar. La luxación posterior por lo común es de tipo iliaco y la cabeza femoral está entre la escotadura ciática y el acetábulo. ⁽⁴⁻⁶⁾

Frente a la evidencia clínica de la luxación de cadera, idealmente se debe tomar una radiografía antes de la reducción, para verificar si hay o no fractura del reborde cotiloideo. Se debe tener cuidado en aquellos casos en que la cabeza desplazada se ubica justamente detrás del cótilo, con tal precisión que en la radiografía frontal puede engañar al mostrar que coinciden; por ello se pide una radiografía de pelvis bien centrada, una de la cadera luxada antero-posterior y lateral. ^(1,4)

Mientras que la cadera está luxada y su cápsula desgarrada, las estructuras circundantes constriñen los vasos del cuello femoral poniendo en peligro la irrigación sanguínea de la cabeza femoral. Por ello, la luxación traumática de cadera constituye una emergencia ^(5,6). La tentativa de reducción debe ser inmediata y mientras más tiempo transcurra, más difícil será esta y más inadecuado el pronóstico; pues la contractura muscular se va haciendo más poderosa, y aunado al resistente ligamento ilio-femoral; hacen que la reducción ortopédica pueda llegar a ser imposible.

La luxación anterior se presenta con acortamiento del miembro inferior afectado, abducción y rotación externa, generalmente la cabeza femoral se desplaza hacia el agujero obturatriz. La combinación de estas lesiones multiplica la probabilidad de desarrollar necrosis avascular de la cadera.

Debe dársele un seguimiento al paciente y realizarle radiografías cada 6 a 8 meses, por un tiempo no menor de 4 años para adelantarse a la necrosis aséptica parcial o total de la cabeza femoral. ^(3,4)

Las posibilidades de necrosis son mayores mientras más demora la reducción de la luxación.

Por haberse reportado solo 6 casos en la literatura revisada y la gravedad de la lesión, así como la necesidad de que se realice su diagnóstico y reducción con rapidez, se decidió publicar este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 26 años de edad, mestizo y de procedencia rural de la provincia de Cabo del Este en la República de Sudáfrica, el cual estuvo envuelto en un accidente de tránsito el día 16 de noviembre de 2005 en una zona extremadamente montañosa y de difícil

acceso. Presentaba un traumatismo severo en las dos caderas lo cual le imposibilitaba la marcha y estar de pie. Se le realizaron radiografías de pelvis en el hospital rural de Umzumkulu distante 340 kilómetros de nuestro centro asistencial, hospital de referencia para dicho hospital rural. Se remitió a nuestro hospital ortopédico de Bedford.



Figura No. 1. Radiografía inicial que muestra la luxación bilateral

Debido a dificultades para transportar al paciente (no disponibilidad de ambulancia), llegó al Servicio de Ortopedia 48 horas más tarde, con dolor intenso en ambas caderas y en una posición extremadamente confusa, con un miembro flexionado, aducción y en



Figura No. 2. Radiografía después de la reducción de la luxación.

rotación interna (derecho) y el otro acortado, flexionado, abducción y en rotación externa (izquierdo).

Se diagnosticó como una luxación bilateral de cadera y se llevó de inmediato al salón de operaciones para reducción a cielo cerrado y aplicación de tracción esquelética. Se confirmó fractura no desplazada del cuello femoral izquierdo. Se comprobó la reducción de ambas caderas bajo control de fluoroscopia. Se decidió tratar el paciente con tracción por seis semanas.

DISCUSIÓN

La luxación de cadera constituye una emergencia médica y la demora en su reducción compromete el flujo

sanguíneo, la aparición de la necrosis avascular de la cabeza femoral en este caso es extremadamente probable. Se reportan en la literatura médica mundial solo 6 casos con este tipo de lesión bilateral. Por su gravedad y la demora en su reducción, sugerimos el seguimiento cada seis meses de este paciente.

Desde el momento del alta hospitalaria hasta la fecha no hemos tenido más referencias del paciente el cual vive en una de las zonas más desventajosas de Sudáfrica con un alto índice de desempleo y pobreza en general, incluyendo la falta de transporte sanitario y de una adecuada asistencia médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bello GA, Rojas SI. Luxación traumática bilateral de cadera. Acta Ortop Mex. 2004; 18 (4): 168-172.
2. Haces F, Legorreta JG, Osuna G. Luxación traumática de cadera. Reporte de 10 casos. SMOP Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica [serie en Internet].1997 [citado: de 20 de diciembre 2006]; 1(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www:smop.org.mx/nmopvtml.html>
3. Álvarez Cambras R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La Habana:Editorial Pueblo y Educación; 1986.p.110
4. Gustilo RB, Kyle RF, Templeman DC, eds. Fracturas y luxaciones. Madrid: Mosby Doyma Libros; 1995
5. Tachadjian MO,ed. Ortopedia pediátrica. México, DF: Interamericana Mc Graw-Hill;1994.
6. Salter RB,ed. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Barcelona: Masson, S.A.; 1986.