



Caso clínico

Luxación traumática anterior de cadera en niños: reporte de caso

Traumatic anterior hip dislocation in children: a case report

Dr. Luis Cely,* Dr. Pablo Rosselli,† Dra. Natalia Soto,§ Dr. Nicolas González,¶ Dra. Luisa Delgado||
Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia.

* Ortopedista, Universidad El Bosque. Trauma y cirugía reconstructiva de extremidades Universidad Humboldt, Berlín, Alemania.

† Ortopedista, Ortopedia infantil, Pontificia Universidad Javeriana. *Fellow* investigación en ortopedia infantil, Dupont Hospital for Children, Delaware, Estados Unidos.

§ Residente de ortopedia y traumatología, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia.

¶ Médico general, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

|| Ortopedista, Universidad El Bosque. Ortopedia y traumatología pediátrica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

La luxación traumática anterior de la cadera es infrecuente en los niños, y puede ser producto de traumas de baja energía. El tratamiento, como todas las luxaciones traumáticas, es una emergencia. Se presenta el caso de un niño de dos años, con luxación traumática anterior de la cadera luego de una caída. Importancia: existen escasos soportes en la literatura de luxación traumática anterior de cadera en niños por trauma de baja energía.

Palabras clave: Luxación anterior traumática de cadera, reducción cerrada, necrosis avascular, osteosíntesis de la cabeza femoral.

Nivel de evidencia: IV, grado de recomendación C

ABSTRACT

Traumatic anterior dislocation of the hip is uncommon in children, and may result from low energy trauma. Treatment, like all traumatic dislocations, is an emergency. We present the case of a two-year-old boy with traumatic anterior hip dislocation following a fall. Importance: There is little support in the literature for traumatic anterior dislocation of the hip in children due to low energy trauma.

Keywords: Traumatic anterior hip dislocation, closed reduction, avascular necrosis, osteosynthesis of the femoral head.

Evidence level: IV, degree of recommendation C

INTRODUCCIÓN

La luxación traumática anterior de cadera (LTAC) es una lesión infrecuente que representa apenas 1 a 5% de todas las luxaciones de esta articulación.¹

La magnitud de trauma en la LTAC varía según el grupo etario: en el caso de niños menores de 10 años predomina uno de baja energía que, asociado a un acetábulo de cartílago flexible y a hiperlaxitud, conduce a la luxación;

en niños mayores de 10 años la luxación se produce por un trauma de alta energía.

La LTAC se clasifica según la dirección del desplazamiento de la cabeza femoral en: luxación anterior (LTAC) subclasificada en obturatriz, púbica y perineal; en luxación posterior (LPTC) subclasificada en iliaca e isquiática.²

Como se sabe, la LTAC es una de las urgencias en ortopedia que requiere de una reducción bajo sedación o anestesia general a la mayor brevedad.³ La demora en la

Recibido: 21/06/2021. Aceptado: 06/07/2022.

Correspondencia: **Nicolas González Rubiano**

E-mail: Nicolasgrubiano@gmail.com

Citar como: Cely L, Rosselli P, Soto N, González RN, Delgado L. Luxación traumática anterior de cadera en niños: reporte de caso. Rev Mex Ortop Pediat. 2022; 24(1-3); 50-53. <https://dx.doi.org/10.35366/106979>

reducción más allá de 6 horas, aumenta la posibilidad de necrosis avascular, y lesión del nervio y de la arteria femoral.^{4,5}

En este reporte de caso abordaremos el caso de un masculino de dos años de edad con una LTAC secundaria a una caída desde 50 cm de altura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino preescolar de dos años quien ingresó al servicio de emergencias de la Fundación CardioInfantil, en compañía de su madre, manifestando caída desde la cama (aproximadamente 50 cm de altura) al estar solamente en compañía de su hermano (menor de edad) en su lugar de vivienda. Al ingreso se encontraba álgido, irritable y la extremidad inferior izquierda en abducción y rotación externa. Adicionalmente, había limitación para los arcos de movimiento, equimosis y dolor a la palpación en región inguinal, en donde además se palpaba la cabeza femoral. (Figura 1).



Figura 1: Al examen físico de ingreso se observó equimosis en la región inguinal y tercio proximal del muslo, así como actitud en abducción y rotación externa de la extremidad inferior izquierda.

Los hallazgos clínicos y radiográficos sugieren una luxación anterior de la cadera (Figura 2).

La tomografía computarizada confirma el diagnóstico de luxación anterior de la cadera izquierda, y descarta lesiones osteocartilaginosas (Figura 3). El doppler arterial fue normal.

El niño fue llevado a sala de cirugía 2 horas después de su ingreso. Bajo anestesia general, en decúbito supino, se realizó una maniobra gentil de tracción, abducción, con posterior aducción y compresión axial del miembro inferior izquierdo. Se redujo con suavidad la luxación anterior de la cadera y, bajo visión fluoroscópica, se verificó la concentricidad de la reducción y la ausencia de fracturas o deslizamientos epifisarios (Figura 4).

Posterior a la reducción, el servicio de cirugía vascular confirmó la ausencia de compromiso vascular mediante la palpación de pulsos distales, adecuados en intensidad y frecuencia.

Se inmovilizaron las caderas mediante yesos abductores con 45° de abducción y 20° de rotación externa (Figura 5).

Se finalizó el procedimiento sin complicaciones.

Luego del procedimiento, se mantuvo al paciente en observación durante 24 horas para evaluar el estado neurovascular distal, solicitando radiografías de control postoperatorio (Figura 6).

En el seguimiento a las cuatro semanas de haber realizado la reducción cerrada de la LTAC se retiraron yesos abductores. A la evaluación clínica se obtuvo un resultado satisfactorio con una reducción estable y congruente.

A los tres meses se realizaron controles radiográficos sin signos de necrosis avascular.

DISCUSIÓN

La LTAC es inusual, debido a la estabilidad intrínseca de la articulación (enartrosis) y a la gruesa cápsula articular reforzada por fuertes ligamentos.⁶

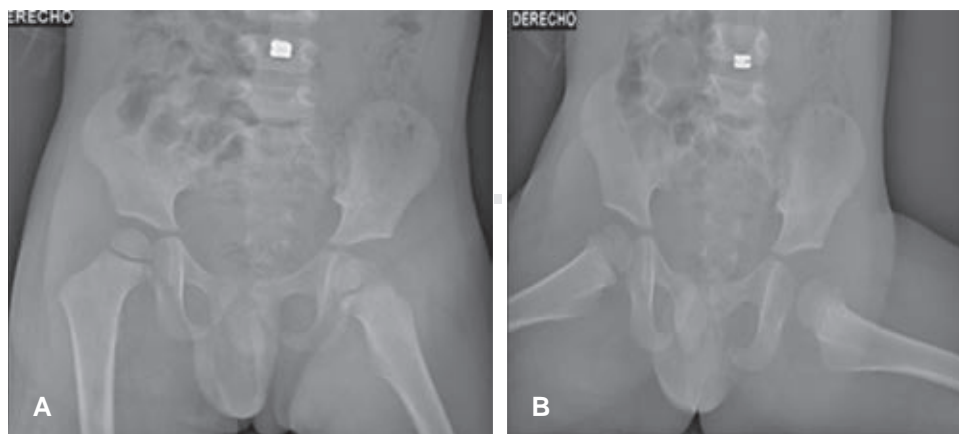


Figura 2:

Radiografías de pelvis, **A)** Proyección anteroposterior: se observa fémur proximal izquierdo en rotación externa y cabeza femoral izquierda de aparente mayor tamaño. **B)** Proyección de Lowenstein: aumento del espacio articular femoro-acetabular izquierdo.

La LTAC es menos frecuente en el niño que en el adulto, siendo la variedad posterior más frecuente que la anterior. Comúnmente, la LATC es producto de un trauma de baja energía, que debe ser mayor a medida que el niño crece. Algunas lesiones asociadas son: fracturas acetabulares, fracturas capitales, fracturas trocántereas, lesión del nervio femoral y compresión de la arteria femoral, en especial en las luxaciones anteriores.⁷

La mayoría de los casos publicados en la literatura son luxaciones posteriores secundarias a una caída. En la serie

de casos publicada por el Gardner se evidencia el resultado de una luxación traumática posterior de cadera con reducción abierta a través de un abordaje postero-lateral;⁸ sin embargo, encontramos en la reducción cerrada por LTAC resultados equitativamente satisfactorios.

Se cree que en los niños la luxación es producto de la inmadurez acetabular y la laxitud ligamentaria, en especial en los casos en los que se produce por un trauma de baja energía.⁸ No obstante, no se debe descartar la posibilidad de maltrato asociado a este tipo de lesiones.

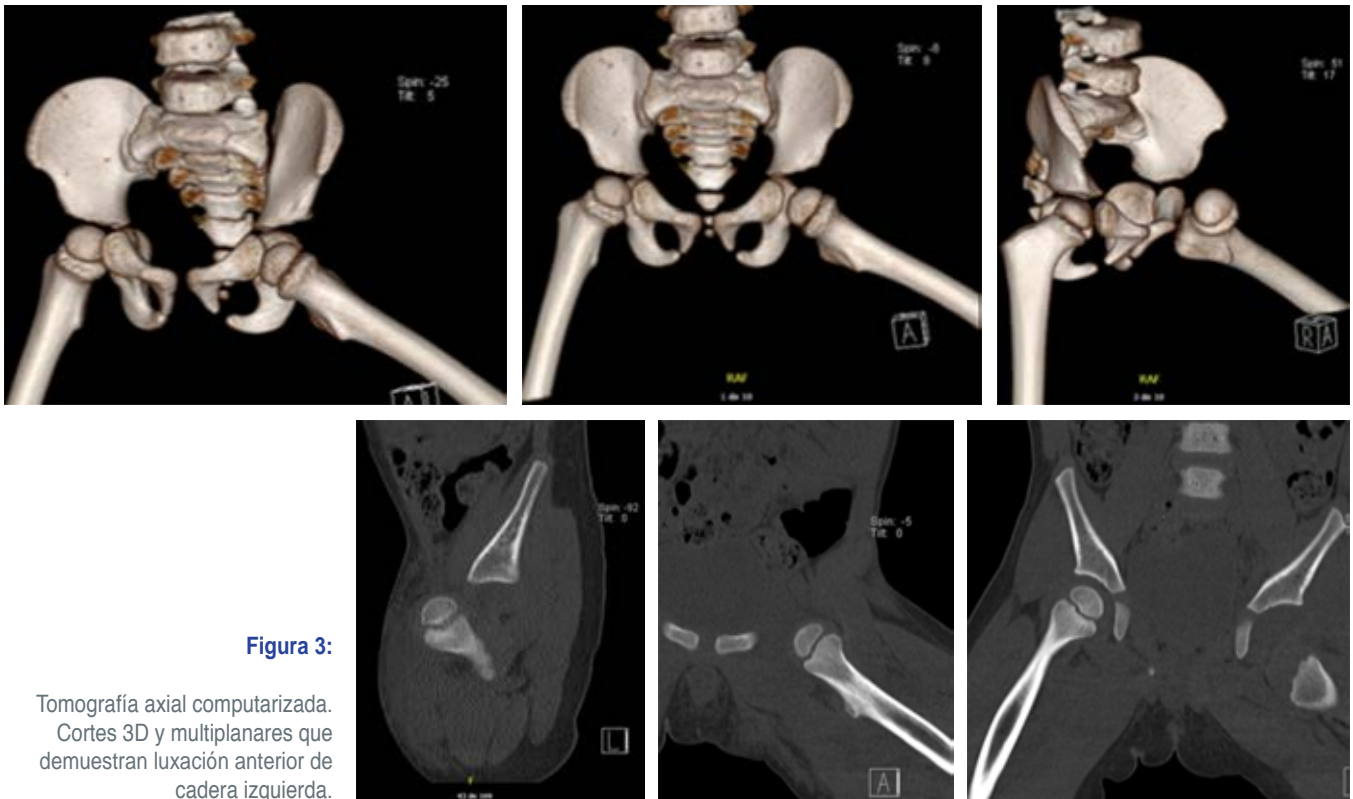


Figura 3:

Tomografía axial computarizada. Cortes 3D y multiplanares que demuestran luxación anterior de cadera izquierda.



Figura 4: Imagen fluoroscópica que confirma la reducción de la luxación de cadera izquierda.



Figura 5: Inmovilización de las caderas con abducción de 45° y rotación externa de 20°.

CONCLUSIONES

Con el presente caso se destaca la importancia de un diagnóstico y un tratamiento oportunos de esta infrecuente luxación en la infancia; la tomografía axial computarizada es un examen de gran importancia para descartar lesiones óseas y cartilagosas asociadas. El seguimiento a mediano plazo de nuestro paciente demostró resultados satisfactorios con la reducción cerrada más inmovilización durante cuatro semanas en cuanto a estabilidad y congruencia articular.

AGRADECIMIENTOS

Fundación Cardio Infantil, Bogotá Colombia.



Figura 6: Adecuada reducción de luxación de cadera izquierda, posterior a reducción cerrada.

REFERENCIAS

1. Rockwood, Wilkins. Fracturas en el niño. 5ª Edición, Madrid: Editorial Marban; 2001.
2. Cabrera A, Olguín-Hernández F, Martínez-Guerrero J. Luxación traumática de cadera en niños: reporte de un caso de una niña de 4 años. *Acta Ortop Mex.* 2012; 26(1): 45-48.
3. Hung NN. Traumatic hip dislocation in children. *J Pediatr Orthop B.* 2012; 21(6): 542-51.
4. Sulaiman AR, Munajat I, Mohd FE. Outcome of traumatic hip dislocation in children. *J Pediatr Orthop B.* 2013; 22(6): 557-562.
5. Martínez-Guerrero JI, Olguín-Hernández F, Cabrera A. Luxación traumática de cadera en niños: reporte de un caso de una niña de 4 años. *Acta Ortop Mex.* 2012; 26(1): 45-48.
6. Cao Z, Zhu D, Li C, Li YH, Tan L. Traumatic anterior hip dislocation with associated bilateral femoral fractures in a child: a case report and review of the literature. *Pan Afr Med J.* 2019; 32: 88.
7. Martínez JF, Navarro M, Giménez A, Gil A. Luxación traumática de cadera en el niño. *Rev Esp cir osteoarticular.* 1991; 26(153): 173-176.
8. Gardner ROE, Worku N, Nunn TR, Zerfu TT, Kassahun ME. Management of Neglected Traumatic Hip Dislocation in Children. *J Pediatr Orthop.* 2020; 40(7): e554-e559.