

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen **18**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2004**
July-August

Artículo:

Luxación traumática bilateral
simultánea de cadera.
Reporte de 3 casos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Reporte de caso

Luxación traumática bilateral simultánea de cadera. Reporte de 3 casos

Alejandro Bello González,* Israel Rojas Sámano,** Raúl Muciño Maldonado***

Hospital Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi"

RESUMEN. Se presentan los resultados obtenidos en el manejo de 3 pacientes con luxación traumática simultánea coxofemoral en sus variedades asimétrica y posterior, comentando el manejo establecido para cada uno de ellos, las lesiones asociadas así como el seguimiento que actualmente se tiene de ellos.

Palabras clave: luxación de cadera.

SUMMARY. The management of three patients as a result of simultaneous traumatic hip dislocation variety asymmetrical and posterior is presented. Talking about the management established for each one, the associated injuries and the actually follow up we have of each one.

Key words: hip dislocation.

Introducción

La luxación traumática de la cadera representa 2 a 5% de todas las luxaciones,^{2,5} y en lo que se refiere a los casos bilaterales no se tiene una estadística de su frecuencia.

La luxación traumática de la cadera es considerada una emergencia ortopédica ya que el retraso en la reducción se asocia a necrosis avascular de la cabeza femoral, artritis postraumática y dolor crónico.^{8,10}

Usualmente la lesión es consecuencia de un traumatismo de alta energía ocasionada entre otros por: accidentes automovilísticos, caídas de una altura, accidentes de trabajo en la industria y se asocian en la mayoría de las ocasiones a otras lesiones del sistema músculo-esquelético u otros órganos de la periferia.^{1,6,10}

La finalidad de nuestro estudio es dar a conocer los casos de luxación bilateral encontrados en nuestro hospital

en el lapso de un año, lo cual lo hace ver como un problema más común de lo que se reporta.

Material y métodos

Se encontraron 3 casos reportados durante el período 2003 todos ellos del sexo masculino, con edades de 43, 19 y 37 años; el antecedente en común fue un choque automovilístico frontal sin cinturón de seguridad. El tiempo de llegada al hospital no fue mayor a dos horas y el traslado de los pacientes a la unidad se efectuó por paramédicos. Los pacientes fueron valorados clínicamente y con la radiografía de pelvis tomada en el cubículo de choque, de acuerdo a la norma del manejo del paciente traumatizado; la reducción de las luxaciones se realizó en la sala de choque bajo anestesia general antes de cumplirse una hora de ingresados al servicio, utilizando la técnica de Allis la cual se realizó con el paciente en decúbito supino, la pelvis estabilizada por un ayudante aplicando fuerza sobre las espinas ilíacas anterosuperiores, tracción longitudinal en línea directa de la deformidad seguida de flexión de la cadera a 90 grados mientras continúa la tracción. Se realiza rotación interna y externa hasta conseguir la reducción.² Posterior a la reducción se procedió a tomar radiografía de control anteroposterior, entrada, salida, alar y obturatriz y en cuanto fue posible tomografía de pelvis y acetábulo.

El manejo postreducción consistió en decúbito dorsal en 2 pacientes y tracción transtibial bilateral en un pacien-

* Jefe de División Traumatología y Ortopedia.

** Residente de Postgrado 4º año Traumatología y Ortopedia.

*** Médico adscrito Traumatología y Ortopedia.

Dirección para correspondencia:

Israel Rojas Sámano. Hospital Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi". Calle Guerrero No. 380 Edificio Miguel Hidalgo, entrada "D", Departamento 814. C.P. 06900. Teléfono: 55 97 86 13. Correo electrónico: saclum@hotmail.com

te durante 3 días, las lesiones agregadas en cada uno de los pacientes se enumeran en la *tabla 1*.

Resultados

De los 3 pacientes sólo se dio seguimiento a dos de ellos ya que uno falleció por las lesiones agregadas que presentaba. De los dos pacientes que recibieron seguimiento el paciente No. 2 presentó a su ingreso lesión

del nervio ciático poplíteo externo derecho, logró apoyo completo a partir del cuarto mes, y actualmente tiene un seguimiento de 12 meses, refiriendo dolor articular en ambas caderas de manera ocasional y cuando realiza grandes esfuerzos. En sus estudios radiológicos en la actualidad no muestra datos de necrosis avascular o coxartrosis postraumática. Requiere del uso de férula de tobillo dinámica por la lesión del nervio ciático que presentó del lado derecho.



Figura 1.



Figura 2.

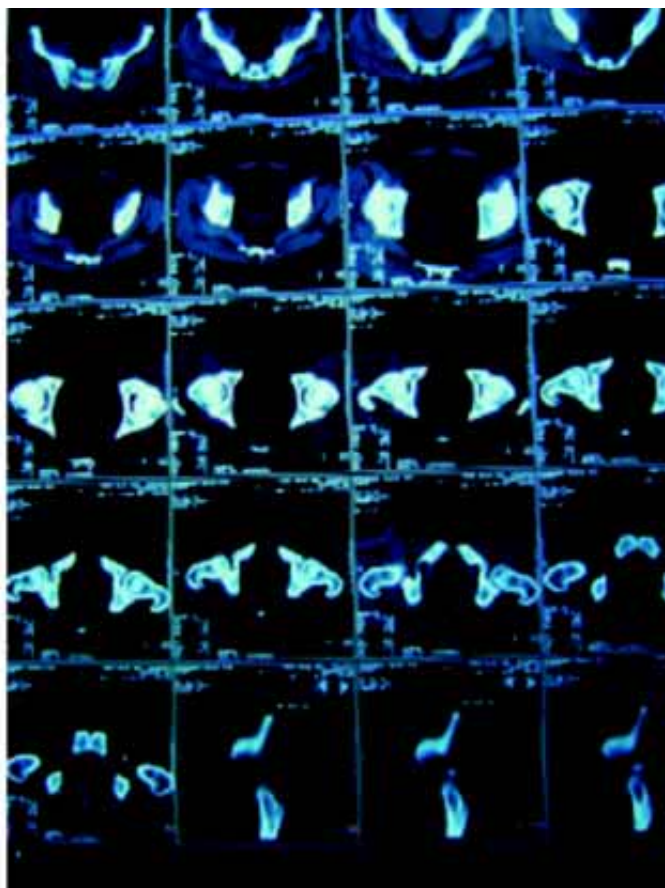


Figura 3.

Figuras 1, 2 y 3. Radiografías del paciente No. 1 a su llegada, después de la reducción y la tomografía.

Tabla 1. Lesiones asociadas de los pacientes estudiados.

No.	Edad	Sexo	Lesiones asociadas
1	43	Masculino	Fractura de cabeza femoral Pipkin II (<i>Figuras 1, 2 y 3</i>) Fracturas costales Lesión vascular de vena cava superior y, Lesión hepática G1V.
2	19	Masculino	Fractura de cúbito izquierdo Lesión del nervio ciático derecho
3	37	Masculino	Fractura por compresión de la cabeza femoral derecha Pipkin I (<i>Figuras 4, 5 y 6</i>) Fractura acetábulo ceja posterior izquierda Epstein-Thompson I (<i>Figuras 7, 8 y 9</i>) TCE grado I Esquizofrenia



Figura 4.



Figura 5.

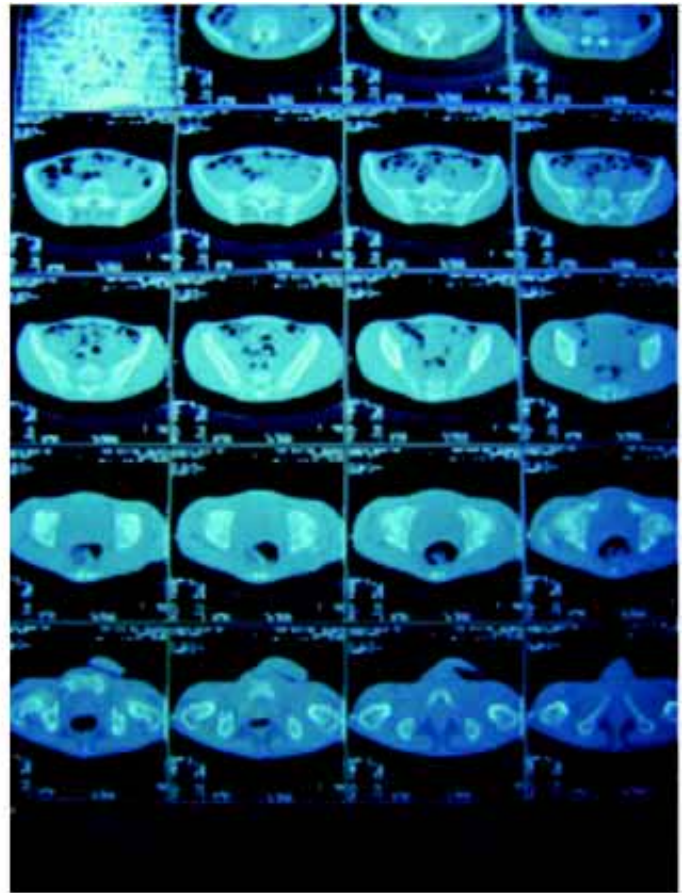


Figura 6.

Figuras 4, 5 y 6. Radiografías del paciente No. 2 a su llegada, después de la reducción y la tomografía.

El paciente No. 3 presentó nueva luxación de la cadera izquierda a los 20 días del manejo inicial, como consecuencia de una caída accidental de su cama, acudiendo al hospital con 10 días de evolución, realizándose nuevamente estudios radiológicos y detectando luxación posterior de la cadera izquierda la cual se redujo mediante anestesia (sedación) y colocación de tracción supracondílea x 3 días c/12 kg de peso y posteriormente enviado a casa con apoyo diferido. Actualmente el paciente tiene 4 meses de evolución se encuentra apoyando de manera total refiriendo a nivel de la cadera izquierda dolor sin ser claudicante al caminar largas distancias o al realizar actividad deportiva, no presenta cambios radiológicos degenerativos por el momento.

En ninguno de los dos casos sobrevivientes se requirió de tratamiento quirúrgico de las fracturas de cabeza femoral o acetábulo.

Discusión

La luxación bilateral de la cadera, se considera una entidad poco frecuente y que ocurre como resultado de lesiones de alta energía. Para que la luxación se lleve a cabo en un sentido posterior requiere de fuerzas orienta-

das en la misma dirección, que generalmente es transmitida por el miembro pélvico en sentido axial y con la cadera en flexión. Para que la luxación sea asimétrica se requiere de una combinación de fuerzas en 2 direcciones opuestas, lo cual es raramente encontrado en un accidente,¹⁻¹⁰ dentro de nuestros casos reportados encontramos a uno que presentó este mecanismo infrecuente y debido a las lesiones asociadas el paciente falleció por lo que no se pudo realizar el seguimiento requerido.

Refiriéndonos al tiempo de reducción de las luxaciones el tiempo de respuesta fue rápido, lo cual no disminuye los riesgos de necrosis avascular en estos pacientes que se presenta en 26% pudiendo llegar hasta 40% dependiendo del tiempo de isquemia al que se someta la cabeza femoral causado por la lesión de los vasos del ligamento redondo y el retináculo de Weithrecht; así como artritis postraumática en 24%;¹⁻⁹ otra complicación que se puede presentar es la lesión del nervio ciático el cual lo presentó uno de nuestros pacientes desde su llegada a la unidad, sin recuperación hasta el momento y que también se puede presentar como consecuencia de la reducción de la luxación en 7 a 9% de los casos.^{4,6,9} La luxación recurrente en uno de



Figura 7.



Figura 8.

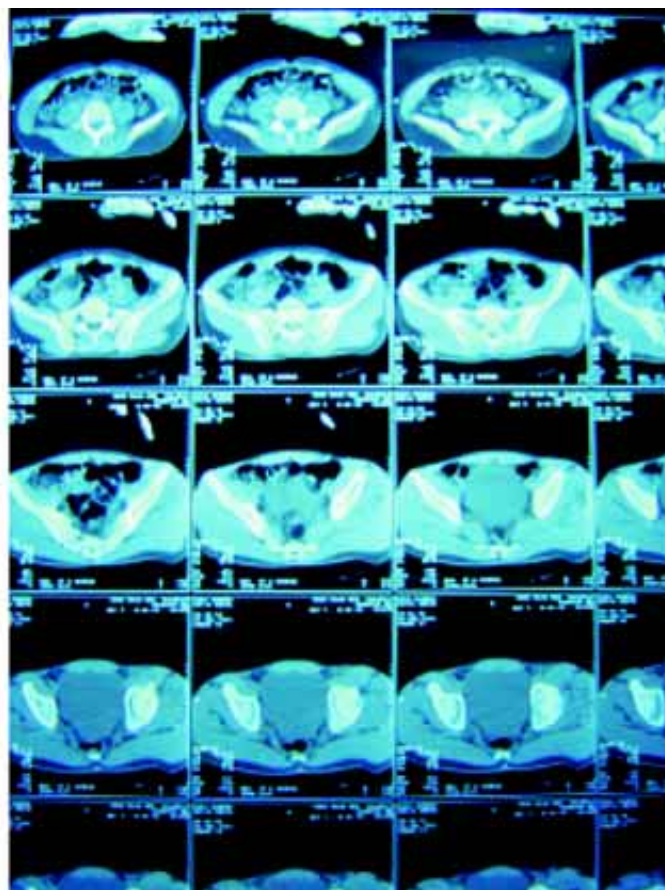


Figura 9.

Figuras 7, 8 y 9. Radiografías del paciente No. 3 a su llegada, después de la reducción y la tomografía.

nuestros pacientes se presentó secundario a un segundo traumatismo el cual por fortuna a pesar del tiempo de evolución se logró la reducción concéntrica sin presentar hasta el momento otra lesión agregada a las ya comentadas y para el cual se lleva un seguimiento más cercano por el antecedente de esquizofrenia.

La luxación traumática bilateral de cadera es una lesión de alta energía que se asocia a otras lesiones musculoesqueléticas o en órganos del resto de la economía que pueden ser incluso mortales, Hak y col.⁵ encontraron 95% de lesiones asociadas a luxación de la cadera secundario a un accidente automovilístico siendo las más frecuentes las craneofaciales, torácicas y musculoesqueléticas (75%) y las abdominales en 15%, las cuales fueron observadas en los tres casos que presentamos.

Lo importante en estos casos es integrar el diagnóstico clínico y radiológico del paciente de manera oportuna, realizar la reducción lo antes posible, bajo anestesia general o sedación y realizar posteriormente estudios radiológicos complementarios en la medida de lo posible para no pasar por alto lesiones que en ocasiones no son detectadas en las tomas rutinarias, como son los fragmentos intraarticulares por fracturas de la cabeza fe-

moral o las fracturas de acetábulo marginales, claramente observables en una tomografía computada cuando los fragmentos son pequeños, Hak y col.⁵ encontraron una frecuencia de fracturas de acetábulo asociadas a luxaciones de cadera en 70% de sus pacientes, lo cual hace imperativo descartar fracturas de acetábulo en todos los pacientes con luxación de la cadera.

Bibliografía

1. Ashraf T, Iraqui AA: Bilateral anterior and posterior traumatic hip dislocation. *J Orthop Trauma* 2001; 15(5): 367-368.
2. Canale ST: Campbell: Cirugía Ortopédica. Ed. 9, 1998; 3: 2222-2230.
3. Dudkiewicz I, Salai M, Horowitz S, Chechik A: Bilateral asymmetric traumatic dislocation of the hip joint. *J Trauma* 2000; 49(2): 336-338.
4. Gittins ME, Serif LW: Bilateral traumatic anterior/posterior dislocation of the hip joints: case report. *J Trauma* 1991; 31(12): 1689-1692.

5. Hak DJ, Goulet JA: Severity of injuries associated with traumatic hip dislocation as a result of motor vehicle collisions. *J Trauma* 1999; 47(1): 60-63.
6. Hovgaard K, Thomsen PB: Coxarthrosis following traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg (Am)* 1987; 69(5): 679-683.
7. Kuhn DA, Frymoyer JW: Bilateral traumatic hip dislocation. *J Trauma* 1987; 27(4): 442-444.
8. Levine RG, Kauffman CP, Reilly MC, Behrens FF: "Floating Pelvis". A combination of bilateral hip dislocation with a lumbar ligamentous disruption. *J Bone Joint Surg (Br)* 1999; 81(2): 309-311.
9. Shukla PC, Cooke SE, Pollack CVJr, Kolb JC: Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Ann Emerg Med* 1993; 22(11): 1768-1771.
10. Yang RS, Tsuang YH, Hang YS, Liu TK: Traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1991; (265): 218-227.

