

Caso clínico

Luxación traumática de cadera en niños: reporte de un caso de una niña de 4 años

Martínez-Guerrero JI,* Olguín-Hernández F,** Cabrera A***

Hospital Pediátrico Aragón de la SSDF

RESUMEN. La luxación traumática de cadera en niños con antecedente de trauma de alta energía es poco frecuente, de hecho aun sin poder establecer la incidencia en nuestro país en la literatura, todo depende del grupo de edad y antecedente traumático en el que se encuentren, así como la laxitud ligamentaria propia de los infantes, es por eso que reportamos el caso de una niña de 4 años que presenta esta patología con antecedente de trauma de alta energía, la cual fue atendida en Hospital Pediátrico de Aragón de la SSDF después de 8 horas de evolución y manejada de manera conservadora, quien hasta el momento ha presentado con evolución satisfactoria después de 1 año 6 meses de seguimiento mensual, sin presentar complicaciones: como lo es la necrosis avascular de la cabeza femoral, que es la complicación más frecuente y que deja secuelas irreversibles, tras su seguimiento la paciente pediátrica es totalmente funcional y autónoma.

Palabras clave: luxación, cadera, trauma, herida, niños.

ABSTRACT. Traumatic hip dislocation with a history of high energy trauma is infrequent in children. The incidence rate in our country has not been determined in the literature. Everything depends on the patient's age group, the type of trauma and the ligament laxity of children. We report herein the case of a 4 year-old girl with this condition and a history of high energy trauma. She was seen at Aragón Pediatric Hospital, SSDF, 8 hours after the injury and received conservative treatment. She has done well so far and has been followed-up monthly for 18 months, without complications. Avascular necrosis of the femoral head is the most frequent complication and has irreversible sequelae. After the follow-up period the patient is totally functional and independent.

Key words: dislocation, hip, trauma, injury, children.

Nivel de evidencia: V (Act Ortop Mex, 2012)

* Médico Residente de 3er. año.

** Jefe de Ortopedia Pediátrica.

*** Médico adscrito al Servicio de Ortopedia Pediátrica.

Hospital Pediátrico Aragón de la SSDF.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Ignacio Martínez Guerrero

Calle Boleo No. 54 Depto.411 Col. Felipe Pescador

Del. Cuauhtémoc CP 06280 México, D.F.

Tel: 5702-1076

E-mail: jimgsanson@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>

Introducción

La luxación traumática de cadera es una lesión poco común en niños. Puede presentarse aun en traumas de baja energía, sobre todo en menores de 10 años, representa de 2 a 5% de todas las luxaciones de cadera.¹ En varios casos clínicos y bibliografía se comenta que el diagnóstico y tratamiento oportuno puede mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones² agudas como son: la lesión de nervio ciático a nivel del peroneo (luxaciones posteriores) y la lesión vascular de la arteria y vena femoral (luxaciones anteriores), crónicas como es el caso de la necrosis avascular de cabeza femoral en pacientes con estas características.³ La luxación traumática de la cadera en niños puede dividirse en dos grandes grupos según su mecanismo de lesión en relación con la edad: menores de 10 años relacionados con mecanismo de baja energía y mayores de 10 años relacionados

con mecanismo de alta energía.⁴ Anatómicamente existe la clasificación según el desplazamiento de cabeza femoral en: luxaciones anteriores: variedad obturatriz, púbica y perineal (ésta menos frecuente) con subclasificación según Epstein en 2 tipos; luxaciones posteriores: variedad ilíaca e isquiática y se subclasifica en 5 tipos según Thompson y Epstein y luxación central de cadera, la cual se acompaña con fractura acetabular y protrusión de la cabeza femoral hacia la pelvis.⁵ Asimismo, se han desarrollado clasificaciones según la estabilidad como es la de Stewart y Milford, que se clasifica en tres tipos: Tipo 1 (luxación estable), Tipo 2 (luxación inestable a pesar de la reducción) y Tipo 3 (luxación inestable más fractura de acetábulo). El manejo inicial de estos pacientes es la reducción cerrada bajo sedación o anestesia general dependiendo el caso, lo más rápido posible, ya que el pronóstico mejora en aquellos pacientes que cuenta con menos de 6 horas de evolución que en aquéllos que cuentan con más de 6 horas,⁶ utilizando maniobras de reducción cerrada como: Allis (en su técnica superior o inferior), Stimpson o Bigelow, según el tipo de luxación.⁷

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 4 años con los siguientes antecedentes de importancia: obtenida de la tercera gesta de madre de 25 años aparentemente normo-evolutivo, eutócico, hasta el momento con desarrollo sicomotor adecuado, sin más datos de importancia. Inicia padecimiento actual 8 horas previas a su ingreso al Servicio de Urgencias, cuando cae desde una altura de 1.5 metros aproximadamente, recibe contusión directa en rodilla derecha en flexión. Traída por sus propios medios al Servicio de Urgencias (*Figura 1*). Al momento de su ingreso la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, inquieta, irritable, poco cooperadora, con actitud patológica púdica, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando sin datos de irritación peritoneal, con miembros pélvicos asimétricos a expensas del derecho, con acortamiento clínico, flexión de cadera y rodilla, rotación medial, dolor a los arcos de movilidad, sin datos de compromiso neurovascular distal en el momento de la exploración (*Figura 2*).

Después de realizar un interrogatorio y una exploración física adecuada, se realizan radiografías anteroposterior de pelvis, en las cuales se observa incongruencia articular de la articulación coxofemoral derecha (*Figura 3*) con desplazamiento de cabeza femoral a posterior, con alteración de las líneas de Shenton y Calve, sin datos de lesión ósea aparente, con los datos anteriores se establece el diagnóstico de: luxación traumática posterior de cadera derecha, variedad ilíaca, tipo 1 de Thompson y Epstein y tipo 1 de Stewart y Milford (*Figura 4*); se realizan protocolo quirúrgico completo para la edad de urgencia, aunque por falta de recursos no se realiza TAC de urgencia, se procede a la reducción cerrada bajo sedación de la paciente en quirófano utilizando la maniobra de Allis superior (*Figura 5*), seguida de control radiográfico AP de pelvis, la cual demuestra congruencia en la articulación

coxofemoral derecha más rectificación de arco de Shenton y línea de clave (*Figura 6*).

Después del control radiográfico, se deja a la paciente en reposo absoluto con férula antiabductora y observación por cinco días, durante su estancia intrahospitalaria se realiza ultrasonografía de la articulación de la cadera sin reportarse anomalías en los tejidos blandos, óseos o en flujos. Posterior a su egreso se comenta con familiares la necesidad de la utilización de muletas para disminuir el peso sobre la articulación de la cadera durante 8 semanas y progresivamente iniciar con la rehabilitación progresiva soportando el propio peso de la paciente hasta conseguir la deambulación sin apoyo a las 12 semanas. Se da seguimiento mensual por la consulta externa en donde se encuentra a la exploración física íntegra con arcos de movilidad completos y deambulación exitosa, se realiza nuevo ultrasonido el cual se reporta sin anomalías a los 3 y 6 meses, actualmente con evolución satisfactoria de 18 meses sin alteraciones.



Figura 1. Foto clínica de paciente femenina de 4 años quien ingresa al Servicio de Urgencias.



Figura 2. Imagen que refleja la actitud patológica púdica de la paciente con miembros pélvicos asimétricos a expensas del derecho con acortamiento clínico y rotación medial.



Figura 3. Radiografía AP de pelvis, la cual muestra incongruencia articular de la articulación coxofemoral derecha.



Figura 4. Radiografía AP de pelvis donde se observa el desplazamiento posterior de la cabeza femoral.



Figura 5. Se observa paciente con postreducción cerrada bajo maniobra de Allis más colocación de férula antiaductora.

Discusión

La luxación traumática de cadera como se ha mencionado es poco frecuente, de hecho, por la anatomía de los infantes es suficiente con un trauma de baja energía para producirla. De los grupos etarios en los que se subdivide la luxación de la cadera se encuentran los que están por debajo de los 10 años (como nuestra paciente) y los que se encuentran por arriba de los 10 años.⁸ Por esto es necesario ubicar a cada uno de nuestros pacientes ya que entre más jóvenes sean los pacientes es más probable que presenten complicaciones, las cuales son raras pero con graves secuelas como son: lesiones del paquete neurovascular femoral hasta en 25% de los casos de luxaciones posteriores.⁹ La lesión del nervio ciático se presenta entre 2-13% con las luxaciones posteriores, la complicación más habitual (7-10%)¹⁰ es la necrosis avascular de la cabeza femoral. Esta complicación depende del tiempo transcurrido del trauma hasta la reducción, de la intensidad del traumatismo, así como de los cuidados postoperatorios. Es recomendable realizar un seguimiento radiológico hasta los 2 años posteriores ya que los cambios radiológicos pueden aparecer de formas tardía.¹¹ No están indicadas la realización de una gammagrafía o resonancia magnética nuclear (RMN) rutinaria tras una luxación de cadera.¹² Si obtenemos una RMN normal a las 4-6 semanas de la lesión, el riesgo de aparición de una necrosis avascular sintomática es mínimo, por lo que no se requiere ninguna otra prueba. La luxación recidivante es rara (3%) y ocurre sobre todo en luxaciones posteriores en niños menores de 8 años o en niños con hiperlaxitud conocida.¹³ La causa se debe a una laxitud o un defecto capsular y el tratamiento se basa en realizar una inmovilización prolongada con yeso (mínimo de 2-3 meses) o el tratamiento quirúrgico realizando una capsulorrafia. Se han producido hasta 6% de condrólisis producida probablemente como consecuencia de un daño articular generado en el momento de la luxación. Su tratamiento inicial es sintomático.¹⁴ La *coxa magna* aparece



Figura 6. Radiografía AP postreducción satisfactoria con datos de congruencia articular sin lesión ósea.

ocasionalmente tras las luxaciones de cadera (3%) y se trata de un cuadro asintomático que no requiere tratamiento.¹⁵ Es posible que se produzca una presentación tardía de este cuadro generalmente por un error de diagnóstico con un tratamiento difícil y unos resultados pobres que, a su vez, se reducen con el tiempo de luxación, por lo cual es importante dar seguimiento a los casos ya que se han presentado complicaciones 18 meses después de la luxación.¹⁴⁻¹⁶

Conclusiones

En la presentación de este caso clínico cabe mencionar que es un caso atípico, ya que nuestro paciente se encuentra en el grupo de menores de 10 años pero con antecedente de alta energía, quien fue tratada después de 8 horas de evolución, bajo tratamiento cerrado y conservador, bajo vigilancia estrecha y tratamiento sindromático, sin realizar tracción ni artrocentesis como se ha presentado en algunas publicaciones, por lo cual concluimos que el tratamiento cerrado sin tracción ni artrocentesis, entre más precoz se realice, disminuye el riesgo de complicaciones agudas y crónicas.

Bibliografía

1. Rockwood, Wilkins: Fracturas en el niño. Ed Marban. 5ª Edición, 2001.
2. Rafai M, Ouarab M, Largab A, Guerch A, Rahmi M, Trafe M: Open posttraumatic anterior luxation of the hip in children. Apropos of a case and review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1995; 81(2): 178-81.
3. Zabaleta ARL: Luxación traumática de cadera en una niña de tres años. Reporte de un caso. *Rev Diagnóstico* 2001; 40: 5.
4. Esnal BIE, Etxebarria FA, Gay VM, Zaldua UA, Ruiz SJM, Lerga JA, Montiano J*: Luxación traumática de cadera en una niña de 2 años. Bi urteko neskaen aldakaren luxazio traumatikoa. *Notas Clínicas Bol. S Vasco-Nav Pediatr* 2004; 37: 44-6.
5. Nirmal KJ, Hazra S, Yun HH: Redislocation after treatment of traumatic dislocation of hip in children: a report of two cases and literature review. *Arch Orthop Trauma Surg* 2009; 129: 823-6. DOI 10.1007/s00402-008-0735-2.
6. Offierski CM: Traumatic dislocation of the hip in children. *J Bone Joint Surg Br* 1981; 63: 194-7.
7. Herrera-Soto JA, Price CT: Traumatic hip dislocations in children and adolescents: pitfalls and complications. *J Am Acad Orthop Surg* 2009; 17: 15-21.
8. Khoo SM: Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report. *Malaysian Orthopaedic Journal* 2007; 1(2): 17-20.
9. Sekiz yaşındaki bir erkek çocukta kalça posterior çıkığı ve arka çapraz bağ avulsiyonu. Posterior dislocation of the hip and posterior cruciate ligament avulsion in an 8-year-old boy. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009; 43(6): 532-4. doi:10.3944/AOTT.2009.532.
10. Forde JC, Khan KS, Awan N: Traumatic posterior dislocation of the hip in a 3-year-old child. *Pediatr Emer Care* 2009; 25: 584-5.
11. Peivandi MT, * Kachooei AR, Amel-Farzad S: Traumatic hip dislocation in an infant. *IRCMJ* 2008; 10(4): 338-40. ©Iranian Red Crescent Medical Journal. Available in: www.irmj.ir
12. Florián AM, López S, Ocampo F, Zabaleta RL, Yan R: Luxación traumática de cadera en un niño de un año. *Rev Diagnóstico* 2004; 43(1): 225-32.
13. Campbell WC: Cirugía ortopédica 10ª Edic. Vol. II: 1480.
14. García S, Hidalgo AM: Luxación traumática de cadera en niño de dos años. *Rev Esp de Cirugía Osteoarticular* 2000; 35(204): 444-7.
15. Estrada J, Garza JF: Luxación traumática de la cadera en niños. Reporte preliminar de 10 casos. *Rev Mex Ortop Traum* 1996; 10(1): 38-42.
16. Salcedo DJA, Ontuño NBX: Luxación traumática de cadera en pacientes pediátricos. Reporte de 5 casos. *Act Ortop Mex* 2010; 24(4): 260-3.