

# Luxación Recidivante Post-Traumática de Cadera con Necrosis Precoz de la Cabeza Femoral. Revisión de un Caso.

J. FERNANDEZ GALLART y M.J. SANGÜESA NEBOT.

*Facultad de Medicina de Valencia. Hospital Clínico Universitario.  
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.*

**Resumen:**—Se describe el caso de una paciente con una luxación recidivante de cadera con una necrosis post-traumática masiva y precoz de la cabeza femoral. Se señalan los factores que se sospechó llevaron a tal situación. También se describen los hallazgos de la radiología simple, los de la tomografía axial computarizada, la captación de Tc 99m, y los hallazgos macroscópicos intraoperatorios.

**Descriptor:** Luxación recidivante de cadera. Luxación traumática de cadera. Necrosis cabeza femoral. Necrosis cefálica femoral post-traumática.

**Summary.**—A case of recurrent post-traumatic dislocation of the hip with avascular necrosis of the femoral head is reported. The authors pointed the suspicions factors that led up to the final situation. Describing also the radiological, CT scanning 99m TC scan and intraoperative findings.

**Key Words:** Recurrent dislocation of the hip. Traumatic dislocation. Avascular necrosis. Post-traumatic avascular necrosis of the hip.

## INTRODUCCIÓN

La luxación recidivante de cadera post-traumática es muy poco habitual, el 1.5% según Brau (1). Por otro lado, la necrosis cefálica femoral post-traumática rara vez se manifiesta claramente en la radiografía antes de los 6 meses del traumatismo. El caso clínico presentado muestra ambas rarezas clínicas simultáneamente.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años que el 28 de Febrero de 1990 acude a nuestro Servicio de Urgencias, refiriendo "dolor insoportable en miembro inferior izquierdo, sobre todo en cadera".

La reconstrucción de la historia que se logra hacer en base a lo referido por la enferma y unos informes médicos que adjunta, es:

"El 30 de Diciembre de 1989, sufre un accidente de tráfico, mientras conducía su automóvil, al colisionar frontalmente, sufriendo las siguientes lesiones: Traumatismo craneoencefálico, heridas en cara, fractura

de húmero izquierdo y fractura-luxación de cadera izquierda. De urgencias, se le redujo la luxación de la cadera, y se le suturaron las heridas de la cara.

El 15 de Enero de 1990, fué intervenida quirúrgicamente practicándosele: Enclavijamiento de Hackettal de húmero izquierdo. En cadera izquierda: se extrajo del cotilo un fragmento óseo de la cabeza femoral y otro de la ceja colocando tracción.

El 15 de Febrero de 1990 se le retiró la tracción y se le dio el alta hospitalaria. Se propone traslado a Sanatorio de Cuidados Medicos para rehabilitación. Para tal fin ingresa en dicho centro el 17 de Febrero. Estando ingresada en el mismo es cuando empieza con el dolor pidiendo el 22 de Febrero el alta voluntaria para traslado a su ciudad de origen".

La paciente no aporta ninguna documentación gráfica de esta parte de la historia clínica.

El 23 de Febrero de 1990, acude a nuestro Servicio de Urgencias refiriendo, como hemos señalado, dolor en miembro inferior izquierdo más acen-

tuado a nivel de la cadera, refiriendo así mismo, que "nota crujidos en la cadera". A la exploración se aprecia actitud de miembro inferior izquierdo en aducción, acortamiento y rotación interna. Se observa que, en flexión de la cadera, la cabeza femoral izquierda entra y sale con facilidad de su cavidad acetabular, sin maniobras bruscas en ningún momento. No se aprecian alteraciones neurovasculares distales. Se realiza un estudio radiológico simple. Con la cadera reducida, se ingresa la paciente.

El 24 de Febrero se aprecia tanto clínica como radiológicamente, un nuevo episodio de luxación de la cadera izquierda sin ninguna maniobra brusca.

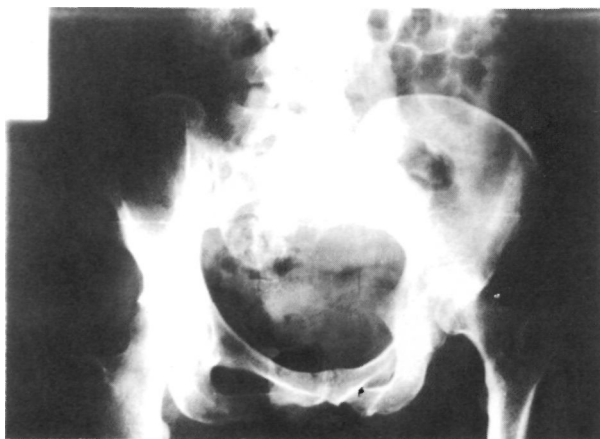
#### *Estudios complementarios.*

- *Radiología simple.* (Realizadas el 23 y 24 de Febrero de 1990 en sendos episodios de la luxación recidivante). Se aprecia la luxación y posterior reducción de la cadera. Así como una fractura sin desplazamiento de la cabeza femoral y signos radiológicos típicos de necrosis de la cabeza femoral; un aumento de la densidad de la región superolateral de la cabeza femoral y colapso segmentario que llevan a un aumento de la densidad por compresión ósea mecánica; la superficie de la cabeza aparece irregular,... (Figuras nº 1 y 2).

- *Tomografía axial computarizada.* (Realizada el 27 de Febrero de 1990). En esta exploración se aprecian:

A nivel de la ceja acetabular posterior, un pequeño defecto óseo de aproximadamente 0.5 por 0.5 centímetros y un fragmento óseo de aproximadamente 3 por 2 centímetros que mantiene unión al resto del acetábulo (Figuras nº 3 y 4).

A nivel de la cabeza femoral, un trazo de fractura



**Figura nº 1.** Se observa la luxación posterior de la cabeza femoral izquierda. Ya se aprecian los signos de necrosis de la cabeza femoral.



**Figura nº 2.** Una vez reducida la luxación, puede ya observarse la fractura sin desplazamiento de la cabeza femoral.



**Figura nº 3.** Se observa el pequeño defecto en la ceja acetabular posterior, así como el fragmento óseo roto pero que permanece unido a dicha ceja.

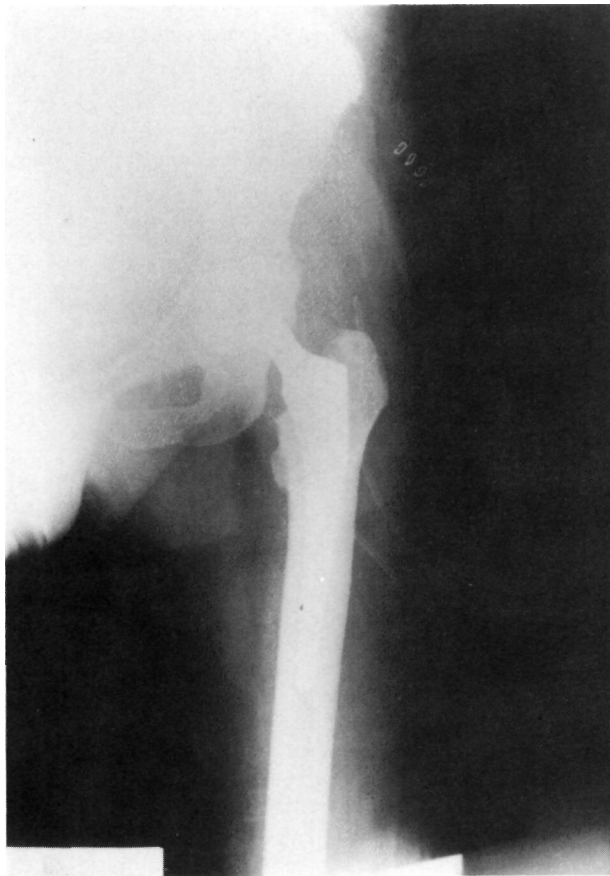
sin desplazamiento de localización antero-inferior. (Figura nº 3)

Pequeños fragmentos óseos sobre partes blandas, y aún algunos en el interior de la cavidad acetabular (Figura nº 4).

- *Captación de Tecnecio 99m en ambas caderas.* (Realizada el 5 de Marzo de 1990). El informe que se adjunta señala: Se aprecia un aumento de captación



**Figura nº 4.** Se observa mejor el pequeño defecto óseo acetabular, así como la fractura sin desplazamiento de la cabeza femoral.



**Figura nº 5.** Radiografía que demuestra la situación tras la sustitución total de la articulación de la cadera.

muy considerable en el lado izquierdo, algo irregular, aunque sin evidenciarse defectos focales.

*Tratamiento realizado:*

En vista de la situación clínica de la enferma; en cuanto a frecuencia de las luxaciones recidivantes,

lo avanzado del cuadro de necrosis y la rapidez de evolución prevista; tras las diversas exploraciones realizadas se decide como tratamiento la sustitución por una prótesis total de cadera (Figura nº 5).

Aunque el seguimiento postoperatorio del caso es aún corto, no hay ningún motivo para pensar que vaya a evolucionar de forma diferente al resto de las artroplastias totales de cadera.

**DISCUSIÓN**

La cadera al ser una articulación más estable que el hombro, no se halla en la disposición de éste para las luxaciones recurrentes.

Los porcentajes de luxaciones recurrentes entre las luxaciones de cadera no alcanzan el 0.3-1.2% (2). Y los casos de luxación recurrente en ausencia de una fractura asociada es una situación poco común (3).

Nosotros presentamos este caso por dos razones. Por una parte, porque a pesar de existir una fractura a nivel de la cadera izquierda, el tamaño de ésta según la T.A.C. post-operatoria, no justifica a nuestro entender la luxación recidivante. Y por otro lado porque la necrosis cefálica post-traumática femoral es muy precoz.

Las explicaciones que proponemos a tales circunstancias son:

- Para que se produjese la **luxación recurrente** se reunían una serie de factores:

1. La existencia efectiva de una serie de fracturas en el reborde acetabular. Estas alteraciones en la ceja acetabular posterior fueron evidentes tanto en las exploraciones complementarias (Figuras nº 3 y 4); como entre los hallazgos intraoperatorios. Los hallazgos intraoperatorios mostraron la existencia de un defecto óseo mínimo en ceja acetabular posterior, y una consolidación fibrosa de un fragmento mayor en ceja postero-superior.

2. La inmovilización inadecuada post-tratamiento inicial, no sólo en cuanto a la forma sino también en cuanto a la duración. Y que ha sido una de las causas invocadas con frecuencia para explicar las luxaciones recurrentes de cadera (1,4,5).

3.- Lesiones extensas de las partes blandas (6,7). Intraoperatoriamente se confirmó la existencia de una amplia destrucción de las partes blandas, visualizándose una brecha no cicatrizada de la cápsula posterior.

- **La necrosis precoz y extensa de la cabeza femoral izquierda.** En la necrosis cefálica femoral

los hallazgos clínicos y radiológicos no se aprecian generalmente hasta meses o años tras la lesión circulatoria, aunque los primeros cambios histológicos ocurran en horas. El grado de afección depende inicialmente del tamaño del área privada de vascularización, el grado de esta privación y su duración.

La enferma fué vista por nosotros a las 7 semanas de sufrir el accidente, y ya entonces presentaba, como hemos señalado, una necrosis extensa y en fase avanzada de la cabeza femoral.

Intraoperatoriamente se halló la explicación. Se visualiza una fractura no consolidada de un casquete óseo antero-inferior de la cabeza femoral. Todos

los vasos de la cabeza femoral (8), a excepción de los vasos retinaculares superiores, los epifisarios laterales, y los que llegan intramedularmente desde el cuello, se hallaban rotos. Es decir, se hallaban rotos: la arteria del ligamento redondo (o epifisaria media), los vasos retinaculares inferiores, los vasos metafisarios superiores e inferiores. Esto podía explicar la llegada a una necrosis cefálica precoz, importante y extensa.

La situación en etapa avanzada de la necrosis de la cabeza femoral no dió pie en este caso ni al planteamiento de los tratamientos alternativos en necrosis precoces de la cabeza femoral, ni a la discusión sobre la actuación en las luxaciones recurrentes de cadera bien sobre partes blandas o sobre las estructuras óseas.

### Bibliografía

- 1.- **Brae, E.A.:** Traumatic dislocation of the hip. Army experience and results over a twelve-year period. *J. Bone Joint Surg.* 1962, 44-A: 1115-1134.
- 2.- **Lutter, L.D.:** Post-traumatic hip redislocation. *J. Bone Joint Surg.* 1973, 55-A: 391-394.
- 3.- **Liebenberg, F. y Domnisse, G.W.:** Recurrent post-traumatic dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.* 1969, 51-B: 632-637.
- 4.- **Hensley, C.D. y Schofield, G.W.:** Recurrent dislocation of the hip. A case report. *J. Bone Joint Surg.* 1969, 51-A: 573-577.
- 5.- **Townsend, R.G.; Edwards, G.E. y Bazant, F.J.:** Post-traumatic recurrent dislocation of the hip without fracture. In *Proceedings of the Canadian Orthopaedic Association. J. Bone Joint Surg.* 1969, 51-B: 194.
- 6.- **Nelson, C.L.:** Traumatic recurrent dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.* 1970, 52-A: 128-130.
- 7.- **Sullivan, C.R.; Bickel, W.H. y Lipscomb, P.R.:** Recurrent dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.* 1955, 37-A: 1266-1270.
- 8.- **Trueta, J. y Harrison, M.H.M.:** The normal vascular anatomy of the femoral head in adult man. *J. Bone Joint Surg.* 1953, 35-B: 442.
- 9.- **Dall, D.; Macnab, I. y Gross, A.:** Recurrent anterior dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.* 1970, 52-A: 574-576.