

Luxación antigua de la cadera de tipo obturatriz. Reducción cruenta

(Presentación de un caso en un muchacho de 16 años)

M. SANCHEZ MARTIN, J. SANCHEZ VICENTE y E. IMAZ CORRES

RESUMEN

La luxación traumática de la cadera en la infancia es rara, en especial su variedad obturatriz.

Los casos publicados en la literatura de luxación obturatriz no reducidos o antiguos han sido tratados mediante osteotomía trocantérea, por el riesgo de necrosis cefálica avascular.

En el caso presentado por los autores se demuestra que la reducción cruenta, al cabo de un mes de producida la lesión, no es causa de necrosis avascular.

SUMMARY

The traumatic dislocation of the hip in young people is uncommon above all the obturator type. Few cases have been recorded and were treated by subtrochanteric osteotomy in order to prevent necrosis of the head.

The reported case was treated by open reduction, with neither immediate nor late avascular necrosis of the head of the femur.

The revision of the patient after four years confirmed this.

La luxación traumática de la cadera en niños y adolescentes es una lesión rara. En una extensa revisión sobre 559 caderas luxadas de todas las edades, EPSTEIN (3), encuentra 42 casos en edades comprendidas entre 2 y 15 años (7'5 por 100). Su variedad anterior es aún mucho más rara: PEARSON y MANN (10), encuentran 4 anteriores entre 24 casos (16'6 por 100); EPSTEIN (3), 6 entre 42 casos (14'2 por 100); el Comité de la Pennsylvania Orthopaedic Society (11), 8 anteriores entre 51 casos (15'6 por 100), y FUNK (5), encuen-

tra 3 anteriores entre 40 casos (7'5 por 100).

La luxación anterior antigua o no reducida es casi desconocida, a excepción de algunos casos publicados por HAMADA (8) y AGGARWAL y SING (1), con predominio de la localización obturatriz, alguno de ellos bilateral.

En la publicación de AGGARWAL y SING todos los casos eran adultos y fueron tratados mediante osteotomía trocantérea. HAMADA publica dos casos de la variedad obturatriz en dos niños de 9 y 12 años, respectivamente, tratados mediante osteotomía trocantérea.

En la publicación de la Pennsylvania Orthopaedic Society se cita solamente un

Trabajo de la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas (profesor Beltrán de Heredia). Facultad de Medicina, Valladolid.

caso de luxación anterior no reducida (posiblemente pubiana) con seis meses de antigüedad en un niño de 6 años de edad, asociada a una fractura de la pierna del

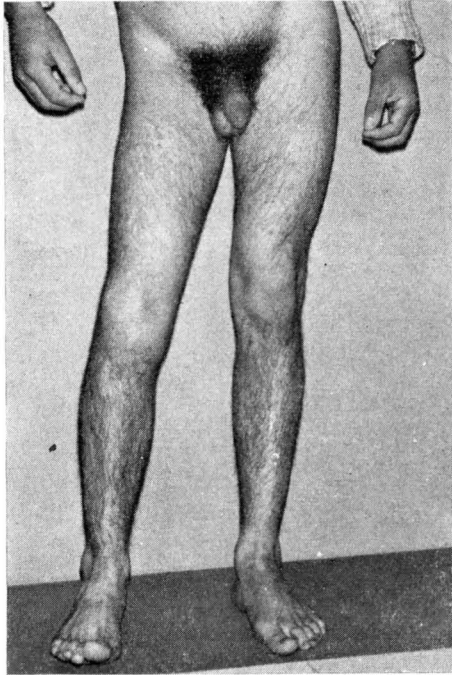


FIG. 1

mismo lado, que fue tratada mediante tracción continua de Jones y de tenotomía asociada de aductores y fue seguida de necrosis de la cabeza femoral.

El objeto de esta publicación es presentar un caso de luxación anterior de la cadera, de tipo obturatriz, no reducida, en un muchacho de 16 años, tratada mediante reducción cruenta, que al cabo de cuatro años no presentó ningún signo de necrosis avascular de la cabeza femoral.

Caso clínico

Varón de 16 años, de profesión pastor, que sufre una caída desde una bicicleta, sufriendo un golpe en la rodilla derecha. Advierte gran

dolor en la ingle derecha y deformidad de la extremidad inferior.

Al cabo de un mes acude a la consulta, aquejando dolor en la ingle, deformidad en abducción y flexión del muslo derecho y cojera importante (figs. 1 y 2). La exploración de la cadera muestra una contractura en flexión de 45°, abducción de 30°, rotación indiferente y alargamiento aparente de la extremidad inferior derecha, actitud escoliótica lumbar derecha e hiperlordosis. El balance de movimientos muestra una flexión de 90 grados y anulación completa de los movimientos de rotación. La radiografía de la pelvis muestra una luxación anterior de la cabeza femoral, que se aloja en el agujero obturador, bajo la rama iliopubiana (fig. 3).

Con fecha 15-6-72 se intenta reducir incruentamente bajo anestesia general, siendo absolutamente imposible, por lo que se procede a su reducción cruenta. Se practica una incisión de Smith-Petersen. La cápsula se secciona en su parte anterior y superior próxima a su inserción en el cotilo. Este se encuentra ocupado por una masa de tejido fibroso, dura e íntimamente adherido al cotilo, masa que se extirpa completamente (fig. 4). La cabeza femoral presenta en su parte superior una muesca alargada en sentido anteroposterior, que corresponde a la zona de contacto con la rama iliopubiana. La reducción se consigue mediante tracción sobre el eje longitudinal del fémur, colocado en flexión de 90° sobre la pelvis, rotación interna y adducción (fig. 5).

En el postoperatorio, de evolución satisfactoria, se aplica tracción esquelética a nivel de la extremidad superior de la tibia por espacio de dos semanas. Al cabo de este tiempo recomendamos al paciente marcha con bastones sin apoyo sobre la extremidad derecha, que no realiza, al parecer.

El paciente es revisado al cabo de cuatro años, realizando su trabajo habitual. Tiene discreto dolor en la ingle con el ejercicio intenso y ligera cojera. En la exploración se aprecia ligera atrofia del cuádriceps y contractura en flexión de 15°. Los movimientos de la cadera son los siguientes: flexión 75°, rotación interna 0°, rotación externa 10° y separación 45°.

Radiográficamente la interlínea articular es completamente normal, pero se ven importantes osificaciones de partes blandas en la parte externa y posterior de la cadera. La cabeza femoral está discretamente hipertrofica, pero no existe signo alguno de necrosis cefálica (figs. 6 y 7).

Discusión

Las complicaciones de las luxaciones traumáticas de la cadera según TACHDJIAN (12), son la necrosis aséptica, parálisis del nervio ciático, artrosis de la cadera, mio-sitis osificante y la recidiva de la luxación. La luxación no reducida o antigua se debe habitualmente a la asociación de otras lesiones, especialmente la fractura de la diáfisis femoral o tibial del mismo lado. Sin embargo, en ocasiones afortunadamente raras, el paciente que vive en una zona de bajo desarrollo, puede acudir a la consulta tardíamente.

El niño y el adolescente rara vez sufren una luxación traumática de la cadera. Es virtualmente imposible para cualquier médico estudiar un número de casos suficiente con el fin de predecir con alguna autoridad el porvenir de la articulación después de luxación traumática (11).

El Comité de la Pennsylvania Orthopaedic Society concluye que los factores que favorecen un mal resultado después de la luxación traumática en niños son: la intensidad del traumatismo a que ha sido sometida la articulación, la presencia de fracturas asociadas en la articulación (cabeza de fémur, cotilo), el retraso en el tratamiento mayor de veinticuatro horas y posiblemente la reducción cruenta.

Los factores que parecen no tener ninguna influencia sobre los resultados finales son la edad del paciente, el tipo de reducción incruenta y el período de descarga a que se ha sometido posteriormente la articulación.

Parece que la luxación anterior traumática de la cadera en niños se suele ver con más frecuencia entre los 11 y 16 años, HAMADA (8), PEARSON y MANN (10). A esta edad, el traumatismo necesario para que la luxación se produzca suele ser ordinariamente intenso (accidente de automóvil, motocicleta, bicicleta, caídas de cierta altura).

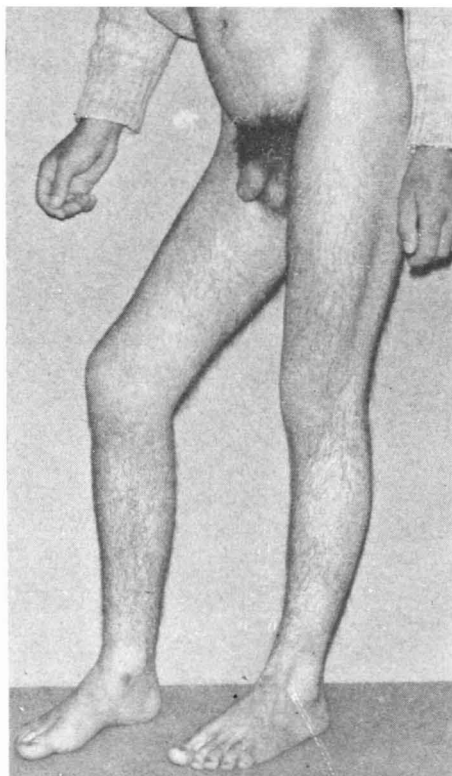


FIG. 2

Dos fuerzas pueden ser responsables de la producción de la luxación anterior. La primera es una fuerza que actúa sobre la rodilla y se transmite a lo largo del eje mayor del fémur, mientras el miembro está en una posición de extrema flexión, abduc-



FIG. 3

ción y rotación externa. Seguramente, éste ha sido el mecanismo en nuestro caso.

El segundo tipo de traumatismo es una fuerza aplicada a la cara interna del muslo,

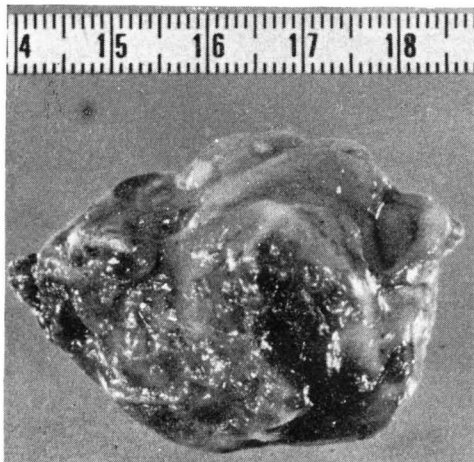


FIG. 4

forzándole en rotación externa máxima y abducción mientras el miembro está en posición de flexión (8).

Para EPSTEIN (3), el factor más importante en la producción de la luxación anterior es la abducción forzada. El cuello o el trocánter chocan contra el borde del acetábulo y la cabeza del fémur es apalancada y sacada fuera del acetábulo a través de la cápsula. Si la cadera está en posición de flexión, la cabeza femoral se desplaza hacia abajo y ocurre una luxación obturatriz. Si la cadera está extendida, la cabeza tiende a desplazarse hacia arriba, hacia la región púbica.

La reducción incruenta deberá realizarse bajo anestesia general. En el tipo obturatriz, mediante tracción a lo largo del eje del fémur, ligera flexión de la cadera y rotación interna y adducción (3).

La necrosis avascular de la cabeza del fémur después de luxaciones traumáticas en niños se presenta con una frecuencia similar a la de los adultos. MASON (9) y

FINESCHI (4), estiman que su frecuencia es de un 10 por 100. En general, se piensa que la necrosis avascular se debe a un desgarro y trombosis de los vasos en el momento de producirse la lesión y en la reducción. TRUETA (13), ha demostrado que la irrigación de la cabeza del fémur durante la adolescencia difiere de la del adulto, en que, entre el cuarto año y la pubertad, los vasos metafisarios no contribuyen a la irrigación de la epífisis.

HALIBURTON, BROKENSHERE y BARBER (7), revisan este problema en las publicaciones anteriores a 1961 y encuentran 13 casos de necrosis avascular. De ellos, sólo uno correspondía a una luxación anterior, caso de BANKS (2), 1941, de un varón de 12 años (no concreta tipo de luxación anterior ni tampoco el intervalo entre el traumatismo y la reducción) con un intervalo entre la lesión y el diagnóstico de la necrosis de quince meses.

En dos casos publicados por HAMADA (8), de luxación obturatriz no reducida, de 12 años y 9 años de edad, y con un año y cinco meses de antigüedad, no existía necrosis en el momento del diagnóstico.

Parece evidente que las necrosis avasculares tras luxaciones traumáticas en niños son especialmente raras, en sus formas anteriores, por razones claras anatómicas de irrigación vascular.

Por lo tanto, no es definitiva la conclu-



FIG. 5

sión de FUNK (5), de que «cuando la reducción de la luxación se retrasa más de veinticuatro horas, se pueden esperar alteraciones permanentes de la cadera, excepto en niños muy jóvenes». Si esta conclusión se puede aceptar en las luxaciones posteriores, no parece que sea así para las anteriores.

Una alteración que hemos encontrado en nuestro caso, y sobre el que GLASS y POWELL (6), insistieron por primera vez, es un mayor crecimiento de la cabeza femoral.

Nos interesa resaltar aquí que estamos de acuerdo con la Pennsylvania Orthopaedic Society en que «no se puede determinar que la reducción cruenta contribuya de alguna manera a los resultados finales anormales» (11).

Algo que sin duda contribuye a malos resultados tras la reducción quirúrgica de una luxación anterior antigua es la miositis osificante, y no en relación directa con la propia intervención, sino con la lesión de las partes blandas en el momento inicial de la luxación y sobre todo con la falta de reducción y de inmovilización posterior.

Conclusiones

Se presenta un caso de luxación traumática de la cadera, de tipo obturatriz, no reducida, en un muchacho de 16 años, con un mes de evolución. Se trata mediante



FIG. 6

reducción cruenta por vía anterior después de extirpar el tejido fibroso interpuesto.

Los resultados a los cuatro años son satisfactorios, con ausencia de necrosis



FIG. 7

avascular de la cabeza femoral. La reducción cruenta no parece intervenir en el determinismo de esta complicación.

El déficit funcional de la cadera se debe especialmente a miositis osificante postraumática, en relación con el traumatismo inicial de las partes blandas y la falta de inmovilización. Se señala la presencia de hipertrofia de la cabeza femoral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 AGGARWALL, N. D. y SINGH, H. (1967) : Unreduced anterior dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.*, 49 B, 288.
- 2 BANKS, S. W. (1941) : Aseptic necrosis of the femoral head following traumatic dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.*, 23, 753.
- 3 EPSTEIN, H. C. (1973) : Traumatic dislo-

- cations of the hip. *Clin. Orthop.*, 92, 116.
- 4 FINESCHI, G. (1956): Die traumatische Hüftverrenkung bei Kindern, Literaturübersicht und statistischer Beitrag von 7 Fällen. *Arch. Orthop.*, 48, 225.
 - 5 FUNK, F. J. Jr. (1962): Traumatic dislocation of the hip in children. Factors influencing prognosis and treatment. *J. Bone Joint Surg.*, 44A, 1.135.
 - 6 GLASS, A. y POWELL, D. H. V. (1961): Traumatic dislocation of the hip in children. An analysis of 47 patients. *J. Bone Joint Surg.*, 43B, 29.
 - 7 HALIBURTON, R. A.; BROCKENSHIRE, F. A., y BARBER, J. R. (1961): Avascular necrosis of the femoral capital epiphysis after traumatic dislocation of the hip in children. *J. Bone Joint Surg.*, 43B, 43.
 - 8 HAMADA, G. (1957): Unreduced anterior dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.*, 39B, 471.
 - 9 MASON, M. L. (1954): Traumatic dislocation of the hip in children: report of a case. *J. Bone Joint Surg.*, 36B, 630.
 - 10 PEARSON, D. E. y MANN, R. J. (1973): Traumatic hip dislocation in children. *Clin. Orthop.*, 92, 189.
 - 11 Pennsylvania Orthopaedic Society (1968): Traumatic dislocation of the hip in children. A report by the Scientific Research Committee. *J. Bone Joint Surg.*, 50A, 79.
 - 12 TACHDJIAN, M. O. (1972): *Pediatric Orthopedics*, volumen 2, p. 1.666. Philadelphia, Saunders.
 - 13 TRUETA, J. (1957): The normal vascular anatomy of the human femoral head during growth. *J. Bone Joint Surg.*, 39B, 358.