

Luxación traumática de cadera en una niña de 6 años producida tras mecanismo lesional infrecuente

Traumatic hip dislocation is a rare emergency situation in childhood

J.J. CHICO ÁLVAREZ, L. DÍAZ GÁLLEGO, F. MADERA GONZÁLEZ
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA I. HOSPITAL DE LEÓN.

Resumen. La luxación traumática de cadera en la infancia es una rara situación en urgencias. Presentamos un caso de luxación traumática posterolateral de cadera izquierda en una niña de 6 años. El mecanismo lesional, poco frecuente, al caer otro niño sobre su espalda. El tratamiento consistió en reducción cerrada bajo anestesia general e inmovilización de la cadera. Después de 36 meses, el resultado anatómico y funcional es bueno. Las posibles lesiones asociadas incluyen fracturas y lesión neurovascular, por lo cual la necrosis avascular y la enfermedad degenerativa de la articulación son potenciales secuelas. El óptimo tratamiento debe consistir en la inmediata reducción de la luxación, para reducir el riesgo de necrosis avascular.

Summary. We present a case of posterolateral traumatic dislocation of the left hip in a six year old girl. The mechanism of injury is rare; another child fell on her back. Treatment consists of closed reduction under general anesthesia and immobilization of the hip. After thirty-six months anatomical and functional result of the hip were good. Potential associated injuries include fractures and neurovascular injury, whereas avascular necrosis and degenerative joint disease are potential sequels. Optimal treatment should be immediate reduction of the dislocated hip in order to minimize the risk of avascular necrosis of the femoral head.

Introducción. La luxación traumática de cadera en la infancia, es una situación clínica de baja frecuencia (1-6).

La luxación traumática de cadera se clasifica en base a la posición de la cabeza femoral desplazada, en relación al acetábulo (5). Así puede ser:

- Luxación posterior: iliaca o isquiática.
- Luxación anterior: obturatriz, púbica o central.
- Luxación inferior.

Las luxaciones traumáticas de cadera en niños mayoritariamente son posteriores⁹.

La cabeza del fémur puede desplazarse y salirse del acetábulo sólo como resultado de

una fuerza extraordinariamente grande, y así suele ocurrir en traumatismos indirectos violentos como son los accidentes de tráfico. La luxación posterior se produce cuando la rodilla en flexión golpea contra el salpicadero del automóvil. En cambio la luxación anterior acaece por caída desde cierta altura, con impacto directo en la cara posterior del muslo que se encuentra en abducción y rotación externa (4,5). En ocasiones la luxación de cadera se produce con traumatismo mínimo (4,6).

Al ocurrir la luxación de la cabeza femoral, se produce una rotura del ligamento redondo y de la cápsula, así como de las

Correspondencia:
Juan José Chico Álvarez
Secretaría COT-I.
Hospital de León
C/ Altos de Nava s/n
León



Figura 1. Radiografía antero-posterior de cadera derecha en la que podemos observar la luxación postero-superior de la cadera.



Figura 2. Radiografía de pelvis-caderas en la que observamos la reducción de la cabeza femoral izquierda y su buen concentricidad con el acetábulo.

arterias circunflejas que nutren la estructura ósea de la cabeza femoral⁹.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 6 años que fue traída al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar dolor, deformidad, e impotencia funcional en extremidad inferior izquierda. La pierna se encontraba en flexión, abducción y rotación interna.

Como antecedentes personales cabe destacar que fue tratada en el nacimiento

por nuestro Servicio debido a crepitación de cadera izquierda con doble pañal, y posteriormente, con arnés de Pavlick hasta los tres meses de edad, tras comprobarse una ligera displasia de cotilo izquierdo. Es dada de alta a los 6 meses con un índice acetabular de 26°.

En el mecanismo lesional encontramos un traumatismo directo al caer un niño sobre la parte más baja de la espalda, cuando la paciente se encontraba con las caderas en flexión de casi 90°, intentando pasar un túnel.

La sospecha diagnóstica se confirmó con un estudio radiológico simple (Fig. 1).

Inmediatamente, antes de 4 horas del traumatismo, la articulación de la cadera fue reducida mediante anestesia general y maniobras de tracción – contratracción

Tras la reducción se inmovilizó en cama durante 3 semanas con una tracción de partes blandas. Posteriormente, se mantuvo en descarga hasta las 8 semanas cuando ya se la empieza a permitir carga progresiva.

Resultados. El control radiológico demostró la reducción de la articulación y la concentricidad de acetábulo – cabeza femoral (Fig. 2).

Tres años después, la movilidad de la articulación de la cadera es totalmente normal, y en el estudio radiológico no evidencia ningún dato que nos haga sospechar la aparición de necrosis avascular.

Discusión. La luxación traumática de cadera en la infancia es una lesión rara. La distribución de frecuencia por edad sigue un patrón bimodal con dos picos de máxima incidencia entre los 4 y 7 años, y entre los 11 y 15 años. Es más frecuente en varones (4:1).

El mecanismo de producción más frecuente es el directo sobre la rodilla con la cadera en flexión. Normalmente en la edad adulta, así como en niños adolescentes, se necesita un gran traumatismo para que se produzca la luxación de la cabeza femoral. De forma distinta ocurre en los niños más pequeños, en los que únicamente son nece-

sarios traumatismos mínimos⁷. Así Barquet (7) informa de la necesidad de mayor severidad del traumatismo para luxar la articulación de la cadera a mayor edad del niño.

No hemos encontrado casos en los que el mecanismo lesional fuera parecido al que se produjo en nuestra paciente, si bien Hamilton y cols. (4) informan de un caso de luxación traumática de cadera en un niño tras caída de su hermano sobre él, si bien no informa de qué manera se produjo.

La actitud de flexión de caderas en que se encontraba nuestro paciente al recibir el traumatismo directo sobre su espalda es el mismo mecanismo indirecto que en el síndrome del salpicadero provocando la salida de la cabeza femoral por la parte posterior del acetábulo.

En la mayor parte de los trabajos publicados no fue necesaria la reducción abierta de la luxación. En los casos informados que precisaron cirugía fue debido a la existencia de interposición del labrum, fragmentos osteocondrales o tejido muscular (1,2,4,6).

Las complicaciones de la luxación traumática de cadera en la infancia son menores que las ocurridas en el adulto (4).

La complicación más frecuente es la necrosis avascular (NA) que es directamente proporcional al intervalo de tiempo transcurrido hasta la reducción. Si la reducción se hace después de 24 horas presentan NA hasta un 66%, pero si la reducción es realizada en las primeras 4 horas sólo un 3-6% presentan NA(6). El diagnóstico precoz

de la NA se realiza mediante gammagrafía y resonancia nuclear magnética.

Otras complicaciones menos frecuentes que pueden ocurrir son la lesión del nervio ciático en las luxaciones posteriores, lesiones vasculares en luxaciones anteriores, reducción excéntrica que precise cirugía, luxación recurrente sobre todo en niños con hiperlaxitud, fusión prematura de la fisis por paso desapercibido de lesión a este nivel y miositis osificante o artritis degenerativa que se produce como complicación tardía en relación con otras complicaciones (5).

Conclusiones. La luxación traumática de cadera en la infancia es extremadamente infrecuente. Suele ocasionarse por mecanismos de alta energía, aunque en niños muy pequeños no se necesita tanta energía para producir la luxación. Las luxaciones posteriores de cadera en niños, normalmente son ocasionadas por traumatismos directos sobre la rodilla con la cadera en flexión, aunque, como hemos visto en nuestro caso, también se pueden producir por traumatismo directo sobre la parte baja de la espalda encontrándose las caderas en flexión. El tiempo transcurrido hasta la reducción tiene relación directa con la aparición de NA, debiéndose hacer antes de las 4-6 horas. Después de la reducción se debe de inmovilizar la articulación y realizar revisiones periódicas para diagnosticar y tratar precozmente la posible aparición de NA. ■■■■■

Bibliografía

1. Bennett JT, Cash JD. Reduction of a noncentrically recolated hip dislocation in a seven-year-old boy. Clin Orthop 1992; 280:208-13.
2. Burgos J, González-Herranz P, Ocete G. Traumatic hip dislocation with incomplete reduction due to soft-tissue interposition in a 4-year-old boy. J Pediatr Orth B 1995; 4:216-8.
3. Endo S, Yamada Y, Fujii N, Takakuwa T, Nakae H, Kasai T, Kikuchi M. Bilateral traumatic hip dislocation in child. Arch Orthop Trauma Surg 1993; 112 3:155-6.
4. Hamilton PR, Broughton N S. Traumatic hip dislocation in a childhood. J Pediatr Orthop 1998; 18:691-4.
5. Tachdjian MS, Mihran O. Pediatric Orthopedics. Philadelphia: Saunders; 1990, p. 3212-26.
6. Vontobel B J, Hocevar Z, Jacob R P. Avascular Necrosis following traumatic hip dislocation in an 8-year-old boy. Arch Orth Trauma Surg 1994; 113:83-5.
7. Barquet A. Traumatic hip dislocation in children. Acta Orthop Scan 1979; 50:549-53.