

Luxación traumática de cadera en niños: seguimiento de dos casos hasta el final del crecimiento

Traumatic hip dislocation during childhood: follow-up until end of growth in two cases

D. PÉREZ HERNÁNDEZ, A SUÁREZ VAZQUEZ, J. FERNÁNDEZ LOMBARDÍA, A. RUBIO GONZÁLEZ, D. HERNÁNDEZ VAQUERO
SERVICIO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS, ASTURIAS.

Resumen. Se presentan dos casos de luxación traumática de cadera en niños, proceso poco frecuente en la infancia, en los que se realizó un seguimiento clínico y radiológico hasta el final del crecimiento sin encontrar complicaciones clínicas ni radiológicas en ninguno de los pacientes.

Summary. Two cases of traumatic hip dislocation, a rare pathology during childhood, were reviewed. Clinical and radiological follow-up until adulthood was done. No complications nor clinical neither radiological were found.

Introducción. La luxación traumática de cadera en los niños es una patología infrecuente, como todos los traumatismos pélvicos y de cadera en general. Existen dos períodos de máxima frecuencia: de los 5 a los 7 años y de los 11 a los 15 años, debido sobre todo a accidentes de tráfico y deportivos. Afecta a varones con una proporción de 4:1, sin preferencia por un lado concreto. Rara vez existen casos bilaterales. La mayor parte de las luxaciones son posteriores.

Es importante mantener un elevado índice de sospecha para evitar errores diagnósticos, sobre todo en niños politraumatizados o con fracturas de fémur, en los que la luxación puede pasar desapercibida semanas e incluso meses.

En cuanto al tratamiento, es muy importante realizar la reducción lo más precozmente posible y de forma atraumática bajo anestesia general. No debe dudarse en indicar la cirugía abierta si se juzga necesario.

Presentamos dos casos que hemos tenido la oportunidad de tratar en nuestro Ser-

vicio en los últimos años y que han sido controlados clínica y radiológicamente hasta el final del crecimiento.

Caso clínico nº1. Niño de 5 años que fue atropellado al dar marcha atrás un coche mientras permanecía con las caderas en flexión. Es atendido en el servicio de Urgencias presentando gran dolor e impotencia funcional, con una actitud de la extremidad derecha en rotación interna, aducción y ligero acortamiento. Se asociaba un traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento y dolor en hombro derecho.

En el estudio radiográfico se reconoce una luxación posterior pura de la cadera derecha (Fig. 1) y una fractura de clavícula también derecha.

El tratamiento consistió en reducción urgente (dentro de las primeras 6 horas) bajo anestesia general (Fig. 2), seguido de tracción cutánea 3 semanas (tiempo durante el cual permaneció hospitalizado) y de un período de descarga de 3 meses. Se rea-

Correspondencia:
Domingo Pérez Hernández
C/ Camino de Heros, 4
33400 – Avilés
E-mail: dperez@telecable.es



Figura 1. Luxación posterior de cadera derecha en niño de 5 años.

lizaron controles periódicos ambulatorios durante un período de 13 años hasta los 18 años (Fig 3).

Claso clínico nº2. Niña de 6 años que sufrió una caída al introducir el pie en un orificio mientras iba corriendo. Los datos clínicos de la exploración en Urgencias eran similares al caso anterior. La luxación también fue posterior y no hubo lesiones asociadas. El tratamiento fue idéntico al caso anterior.

La reducción se realizó antes de las 6 horas desde la lesión. En opinión de los cirujanos que realizaron las reducciones, estas no presentaron dificultad, mediante tracción suave al cenit. Se realizaron, como en el caso anterior, controles periódicos ambulatorios durante un período de 12 años hasta el final del crecimiento.

Las caderas que sufrieron la luxación fueron clínicamente y radiológicamente normales hasta el momento del final del crecimiento y no aparecieron diferencias en relación con la cadera contralateral.

Discusión. La luxación traumática de cadera en época del crecimiento es una lesión

poco común. La bibliografía publicada hasta la fecha se refiere a series compuestas por muy pocos casos (1-5) y, en ocasiones, son recopilaciones bibliográficas para el análisis de los casos aparecidos en la literatura. En la década de los sesenta, las Sociedades Ortopédicas de Pensilvania y Piedmont, publican informes sobre los casos recogidos por sus miembros (6).

A partir de entonces, algunos autores entre los que se encuentran Schlonsky y Offierski (7,8), publican series más cortas, de entre 15 y 35 casos, que tienen el interés de incluir aquellos atendidos en un mismo centro o controlados por un mismo grupo. Barquet ha publicado varios trabajos sobre este tema (9); en uno de ellos hace una revisión de 412 casos, destacando los factores pronósticos (10). En otro trabajo estudia 145 casos de necrosis avascular secundaria a esta lesión, estableciendo su historia natural (11). Los autores están de acuerdo en que el traumatismo desencadenante de luxación de cadera en el niño es más violento a medida que la edad aumenta. En niños pequeños o con caderas displásicas parece que es más fácil la presencia de una luxación ante un traumatismo mínimo, principalmente porque sus cartílagos inmaduros son muy flexibles y sus ligamentos laxos.

Sobre todo en niños politraumatizados o con fracturas del fémur, la luxación puede pasar desapercibida semanas e incluso meses como se ha descrito en varios casos (12,13).

El tratamiento debe ser lo más precoz posible con reducción ortopédica bajo anestesia general y con las mayores precauciones posibles para evitar lesión vascular. La reducción nunca plantea problemas salvo cuando el diagnóstico es tardío. Si se asocia a traumatismos de la pelvis o de la extremidad superior del fémur estas lesiones deben ser tratadas precozmente mediante cirugía. La reducción cerrada completa puede ser difícil por la interposición de la cápsula, labrum, partes blandas o incluso un fragmento osteocartilaginoso.

Deben tomarse radiografías en los dos planos de ambas caderas después de una reducción cerrada para comprobar el espacio intrarticular: si éste es más ancho y la línea de Shenton está quebrada debe sospecharse una reducción incompleta. Puede intentarse movilizar el tejido interpuesto mediante manipulación cerrada bajo anestesia general, sin reluxar nuevamente la cadera. Si con ello no es posible se realizará TAC para determinar el tejido interpuesto y realizar una reducción abierta. No debe dudarse en realizar la cirugía abierta si se juzga necesario (14).

Existe un alto porcentaje de necrosis avascular de la cabeza femoral en el año siguiente a la luxación, sobre todo en niños de 6 a 9 años (vascularización pobre de la epífisis capital). Es la complicación secundaria más temible, junto con la epifisiodesis del cartílago femoral cefálico y se va a comportar como una enfermedad de Calvé-Legg-Perthes. Cuanto menor edad tenga el niño, menor riesgo existirá de que desarrolle una necrosis postraumática.

Otras complicaciones han sido descritas y hay que tenerlas en cuenta: lesiones del nervio ciático – de infrecuente aparición – luxación recurrente o inestabilidad, lesiones vasculares o nerviosas asociadas, miositis osificante, epifisiolisis de la extremidad superior femoral tras intentos fallidos de reducción no efectuadas bajo anestesia general o incluso artritis postraumática por interposición de partes blandas (15).

Parece existir acuerdo en la bibliografía en que ni el tipo de inmovilización, sea simple reposo en cama, tracción o espica de yeso, ni el tiempo de descarga tiene influencia en el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. Los mejores resultados se obtienen con una inmovilización con yeso pelvipédico en extensión neutra y cierta abducción durante 4 a 6 semanas. El período de descarga propuesto por muchos autores es de tres meses hasta conseguir una movilidad completa e indolora, momento en el cual se permite el apoyo, ya que no parece que su prolongación excesiva prevenga de las complicaciones a largo plazo. ■■■■■



Figura 2. Control radiológico postreducción.



Figura 3. Control radiológico a los 18 años.

Bibliografía

- 1. Rafai M, Ouarab M, Largab A, Guerch A, Rahmi M, Tarfeb M.** Open posttraumatic anterior luxation of the hip children. A propos of a case and review of the literature. *Rev Chir Orthop* 1995; 81:178-81.
- 2. Pries P, Gayet LE, Bonnet L, Clarac JP.** A case of traumatic obturator luxation of the hip in a 4-year-old child. *Rev Chir Orthop* 1991; 77:49-52.
- 3. Petrie SG, Harris MB, Willis RB.** Traumatic hip dislocation during childhood. A case report and review of the literature. *Am J Orthop* 1996; 25:645-9.
- 4. Sahin V, Karakas ES, Turk CY.** Bilateral traumatic hip dislocation in a child: a case report and review of the literature. *J Trauma* 1999; 46:500-4.
- 5. Recasens RJ, Esparza Pagan A, Mallafre Cagigao P.** Luxación traumática pura de cadera en el niño. Presentación de dos casos. *Rev Ortop Traumatol* 1989; 33:634-6.
- 6. Scientific Research Comitee of the Pennsylvania Orthopaedic Society.** Traumatic dislocation of the hip joint in children. Final Report. *J Bone Joint Surg* 1968; 50A:79-88.
- 7. Scholonsky MD, Miller PR.** Traumatic hip dislocation in children. *J Bone Joint Surg* 1973; 55A:1057-63.
- 8. Offierski CM.** Traumatic dislocation of the hip in children. *J Bone Joint Surg* 1981; 63B:194-7.
- 9. Barquet A.** Traumatic hip dislocation in Chhildhood. Berlin Heidelberg: Ed Springer-Verlag, 1987 .
- 10. Barquet A.** Avascular necrosis following traumatic hip dislocation in chilhood: factors of influence. *Acta Orthop Scand* 1982; 53:809-13.
- 11. Barquet A.** Natural history of avascular necrosis following traumatic hip dislocation in childhood. A review of 145 cases. *Acta Orthop Scand* 1982; 53:815-20.
- 12. Kutty S, Thrones B, Curtin WA, Gilmore MF.** Traumatic posterior dislocation of hip in children. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17:323-5.
- 13. Price CT, Pyevich MT, Knapp DR, Phillips JH, Haeker JJ.** Traumatic hip dislocation with spontaneous incomplete reduction: a diagnosis trap. *J Orthop Trauma* 2002; 16:730-5.
- 14. Salisbury RD, Eastwood DM.** Traumatic dislocation of the hip in children. *Clin Orthop* 2000; 377:106-11.
- 15. Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, Roy DR, Wall EJ.** Traumatic hip doslocation in children. Long-term follow-up of 42 patients. *Clin Orthop* 2000; 376:69-79.