

LUXACIÓN PRIMARIA DE CADERA POR TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Grau P, Marquina H, García V, González AD, Navarro R.
Hospital Universitario de Torrevieja. Torrevieja, Alicante, España.



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las luxaciones primarias de cadera en el adulto suelen producirse por traumatismo de alta energía, accidentes de tráfico en el 89% casos⁶. Los casos por traumatismos de baja energía son poco frecuentes y suelen asociarse alteraciones predisponentes⁷. A propósito de un caso clínico de un paciente con luxación de cadera por traumatismo de baja energía realizamos una búsqueda bibliográfica sobre este tipo de lesión para determinar la incidencia, naturaleza y manejo recomendado en esta lesión.



Imagen 1. Radiografía pelvis AP (HUTV)

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 38 años, deportista habitual, que mientras corría sufrió un tropiezo y, súbitamente, dolor e impotencia funcional de la cadera izquierda. Fue trasladado a nuestro centro con el miembro inferior izquierdo acortado, en aducción y rotación interna. Se confirmó radiográficamente que presentaba una luxación posterior de la cadera izquierda y mediante un TAC se advirtió que asociaba fractura de la pared posterior del acetábulo. Se trató mediante reducción cerrada en quirófano bajo control fluoroscópico, con resultado satisfactorio. La evolución durante el ingreso fue favorable y tras 3 días fue dado de alta con descarga del miembro inferior izquierdo. A los 6 meses de seguimiento la recuperación del paciente fue completa sin complicaciones durante éste período. A propósito del caso clínico se realizó una revisión bibliográfica en Pubmed sobre casos de luxación primaria de cadera por traumatismos de baja energía., con diferentes estrategias de búsqueda combinando las palabras clave “hip, luxation, dislocation, low energy, atraumatic” obteniendo un total de 9 resultados en relación a casos similares al presentado.

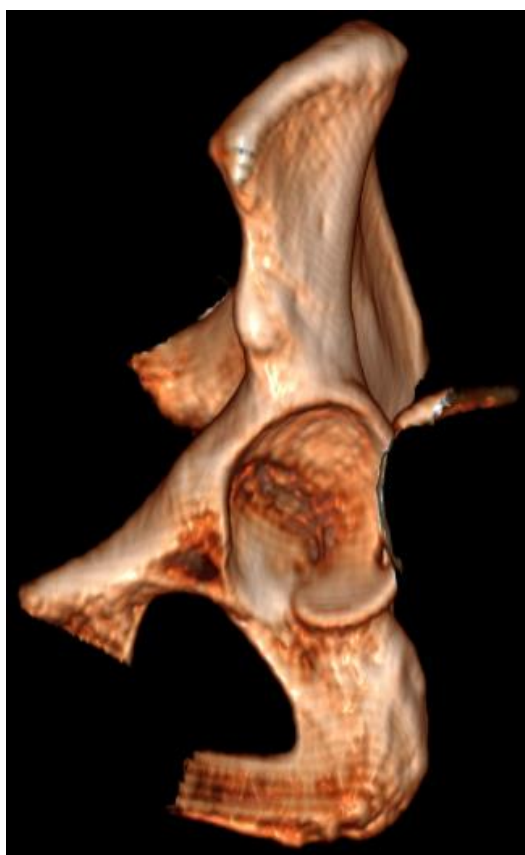
RESULTADOS

La mayor parte de las luxaciones de cadera se asocian a traumatismo de alta energía. La sospecha clínica se confirma con radiografías y/o TAC (permite valorar fracturas acetabulares asociadas)⁹. Esta lesión es una urgencia debido al riesgo de complicaciones: osteonecrosis de cabeza femoral (10-25%), artrosis precoz (24-88%), lesión del nervio ciático (10-24%) y calcificaciones heterotópicas (2%)^{3,8,9}. El riesgo de osteonecrosis de cabeza femoral aumenta de forma significativa a partir de las 6 horas de evolución ³. El tratamiento es la reducción cerrada, o abierta si precisara, y debe intentar realizarse antes de las 6 horas. Se recomienda seguimiento con resonancia magnética a las 6 semanas¹⁰ para detectar la posible aparición de complicaciones, especialmente la necrosis avascular. De los 9 resultados obtenidos en la búsqueda, 3 casos correspondían a luxaciones por baja energía sin alteraciones anatómicas asociadas, todos ellos mientras practicaban fútbol. Los otros 6 casos estaban asociados a alteraciones anatómicas a nivel de la articulación coxofemoral (ostecondroma, neurofibroma, defectos capsulares) o patología sistémica (artritis reumatoide, hiperlaxitud generalizada) que aumentaban el riesgo de la luxación al alterar la morfología articular o al disminuir la resistencia de las estructuras articulares estabilizadoras.



Imagen 2 (izquierda)
Corte axial de TAC que muestra luxación posterior. (HUTV)

Imagen 3 (derecha)
Reconstrucción 3D, se aprecia la fractura de la pared acetabular posterior(HUTV)



CONCLUSIONES

La luxación primaria de cadera por traumatismos de baja energía es poco frecuente y supone una urgencia, por lo que debemos reconocerla precozmente para reducirla lo antes posible (<6 horas), ya que la demora terapéutica aumenta significativamente la tasa de complicaciones. Es más frecuente que aparezca en pacientes con alteraciones anatómicas, por lo que hay que descartar la existencia de éstas y en caso que se confirmen tratarlas para evitar nuevas luxaciones. Tras su manejo inicial, precisan de seguimiento estrecho y con resonancia magnética para detectar precozmente las posibles complicaciones futuras que pueden desarrollarse en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jones BG, Kinninmonth AW. Low-energy hip dislocation in the young.J Trauma. 2005 Mar;58(3):638-9.
2. Craig, J B. Superior fracture-dislocation of the hip Arch Orthop. Trauma Surg. 1986; 105 (2): 130-132
3. iza E, Mithöfer K, Matthews H, Vrahas M. Hip fracture-dislocation in football: a report of two cases and review of the literature. Br J SportsMed. 2004; 38:e17
4. Stein D, Polatsch D, Gidumal R, Rose D.Low-energy anterior hip dislocation in a dancer.Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2002; 31 (10): 591-594
5. Berkes M, Cross M, Shindle M, Bedi A. Traumatic posterior hip instability and femoroacetabular impingement in athletes. Am J Orthop (Belle Mead NJ); 2012 41 (4) 166-171.
6. Chiron p, Lafontan V, Reina N. Fracture-dislocations of the femoral head. OrthopTraumatolSurg Res. 2013; 99: 53-66.
7. Blankenbaker D, De Smet A. Hip injuries in athletes.Radiol. Clin. North Am. 2010; 48 (6): 1155-1178.
8. Kovacevic D, Mariscalco M, Goodwin R. Injuries about the hip in the adolescent athlete. Sports Med Arthrosc. 2011;19 (1): 64-74.
9. Foulk D, Mullis B. Hip dislocation: evaluation and management. J Am AcadOrthop Surg. 2010; 18 (4): 199-209
10. Mitsionis G, Lykissas M, Motsis E, Mitsiou D, Gkiatas I, Xenakis T, Beris A. Surgical management of posterior hip dislocations associated with posterior wall acetabular fracture: a study with a minimum follow-up of 15 years. J Orthop Trauma. 2012; 26 (8):460-465.