

LUXACIÓN ASIMÉTRICA BILATERAL DE LAS CADERAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Blanco Blanco, R. Ramos Galea, J. Rábago Carpio

Servicio Jerarquizado de Traumatología y C.O. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Resumen

Presentamos un caso de luxación traumática bilateral y asimétrica de las caderas sin fractura de los cotilos ni de las cabezas femorales. Hacemos referencia a la precocidad del diagnóstico y su tratamiento como base para obtener un óptimo resultado. El estudio por TAC de las articulaciones afectadas se recomienda para el despistaje de fracturas y fragmentos libres intraarticulares. La tracción cutánea o esquelética como en nuestro caso, o el simple reposo en cama junto con un período de descarga de 6-8 semanas, completa el tratamiento.

Palabras clave: Luxación. Caderas. Bilateral.

Bilateral asymmetric hip luxation: report of a case

Abstract

We present a case of traumatic bilateral asymmetric hip luxation without fracture either of the cotyles or the femoral heads. The early diagnosis and management are stressed as the baseis to achieve optimal results. CT scan study of the involved joints is recommended for the screening of fractures and intraarticular fragments. Skin or –as in our case– skeletal traction, or simple bed rest, together with a 6-8 week period of load avoidance, complete the management.

Key words: Hip. Luxation. Bilateral.

Correspondencia: Juan Blanco Blanco. C/ Toro 84-90, 2.º L. Salamanca.

Introducción

La luxación bilateral traumática de las caderas es una entidad rara. Los accidentes de tráfico son su causa más frecuente. Es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz para obtener un buen resultado. Presentamos un caso de luxación bilateral asimétrica de las caderas sin fractura asociada, entidad clínica raramente descrita.

Descripción del caso

Paciente mujer de 22 años, sin antecedentes de interés, que es trasladada al servicio de urgencias tras sufrir un accidente de tráfico. A su ingreso llama la atención un cuadro de shock (hipotensión, taquicardia, taquipnea), con sospecha de traumatismo abdominal. Clínicamente presentaba las caderas flexionadas, la izquierda en abducción y la derecha en adducción. La exploración neurovascular de las extremidades era normal. En el estudio radiográfico se objetiva una luxación bilateral de las caderas (Fig. 1), una luxación posterior de la cadera derecha y una luxación anterior de la cadera izquierda, sin fractura asociada (Fig. 2), así como una fractura de la base del 5.º metatarsiano derecho y una fractura diafisaria del 5.º metacarpiano de la mano derecha.

La paciente pasó al quirófano donde se realizó una laparotomía abdominal media exploradora, encontrándose lesiones hemorrágicas en hígado y mesenterio que fueron reparadas. Se procedió a la reducción cerrada de ambas luxaciones sin dificultad. Tras la reducción las caderas eran estables. Las fracturas del pie y de la mano se trataron con reducción e inmovilización con yeso. Se colocó tracción transesquelética en ambos fémures, que se mantuvo durante veinte días. La paciente abandonó el hospital tras veinticinco días de su ingreso. Inició la marcha sin restricciones a los dos meses del accidente. Durante todo este tiempo

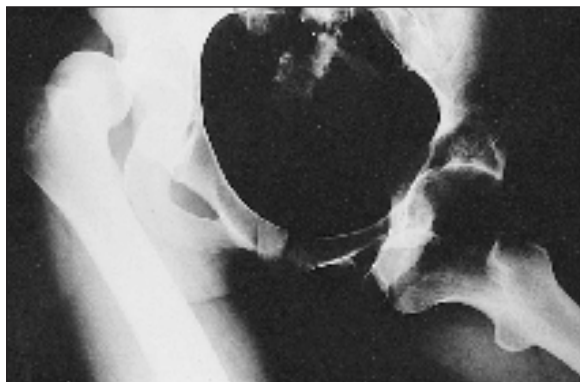


Figura 1.



Figura 2.

se aplicó tratamiento rehabilitador. En el seguimiento a los doce meses presenta una situación clínica excelente en cuanto a sus caderas.

La radiografía simple de las caderas no mostró cambios. La paciente precisó ingreso hospitalario a los cinco meses, por un cuadro de dolor abdominal debido a bridas abdominales postquirúrgicas.

Discusión

La luxación bilateral traumática de las caderas es una entidad muy rara¹⁻⁴, especialmente como en el caso que nos ocupa, cuando no se asocian fracturas del acetábulo, ni del fémur, encontrándose únicamente un caso similar en la literatura⁵. Su etiología se debe en la mayoría de los casos a accidentes de automóvil⁶, teniendo importancia la no utilización de los cinturones de seguridad⁷. Para su producción se precisa, junto con una gran energía, una determinada posición de las caderas en el momento del impacto, flexión y aproximación para la luxación posterior y flexión y separación para la luxación anterior⁸. Se ha propuesto la existencia de factores biológicos predisponentes para la luxación posterior de la cadera⁹.

Debido a su etiología suelen ser pacientes politraumatizados, que precisan por una parte de un tratamiento efectivo y urgente, al mismo tiempo que se realiza una búsqueda y reconocimiento de lesiones que pueden pasar desapercibidas, y cuyo tratamiento a posteriori ensombrece el pronóstico, como ocurre con la luxación de la cadera. Es indispensable el estudio radiológico de la pelvis en todo politraumatizado¹⁰. El tratamiento de las luxaciones de la cadera sin fracturas asociadas (Tipo 1)¹¹ comprende la reducción precoz, a ser posible antes de 6 horas¹², generalmente bajo anestesia local según la técnica de Allis¹³, segui-

da de tracción esquelética, cutánea o el simple reposo en cama por un período variable de 2-6 semanas¹⁴. Es conveniente la realización de un TAC de las caderas afectadas, para conocer el estado del cotilo, de la cabeza femoral y la posible existencia de fragmentos libres intraarticulares, lo que supondría un cambio en el tratamiento y un empeoramiento del pronóstico¹⁵⁻¹⁷. El tratamiento fisioterápico es útil en la recuperación de la movilidad de las caderas. La marcha sin restricciones se puede iniciar al final del segundo mes. El período de marcha en descarga parece no influir en el resultado final¹⁸.

El pronóstico depende de la severidad del traumatismo inicial¹⁹ y del tiempo transcurrido entre la lesión y su reducción, y como consecuencia del desarrollo de la necrosis de la cabeza femoral^{20,21}. La complicación tardía más importante es la artrosis postraumática^{22,23}. Otras complicaciones incluyen el diagnóstico tardío, la irreductibilidad, luxación recidivante, la lesión del nervio Ciático, la miositis osificante, tromboembolismo, hernia inguinal e hidrocele²⁴⁻²⁶.

En nuestra opinión, el interés del caso se debe a la necesidad de un reconocimiento y tratamiento precoz de este tipo de lesiones, que pueden pasar desapercibidas, empeorando su pronóstico.

Bibliografía

1. Bansal VP, Mehta S. Bilateral hip dislocation. One anteriorly, one posteriorly. *J Orthop Trauma* 1991; 5: 86-88.
2. Khun DA, Frymoyer JW. Bilateral traumatic hip dislocation. *J Trauma* 1987; 27: 442-444.
3. Rocha Sole M, Herruzo Gallego F, Santamaría Oller J, Escudero Fernández A. Luxación traumática de la cadera a propósito de un caso de luxación mixta y revisión de la literatura. *Rev Orthop Traum* 1987; 31-1B: 575-577.

4. Sancho Navarro R, Proubasta Renart I. Luxación traumática bilateral de la cadera. A propósito de un caso. *Rev Orthop Traum* 1983; 27-1B: 701-703.
5. Gittins ME, Frymoyer JW. Bilateral traumatic anterior/posterior dislocations of the hip joints: Case report. *J Trauma* 1991; 31: 1689-1692.
6. Reigstad A. Traumatic dislocation of the hip. *J Trauma* 1980; 20: 603-606.
7. Epstein HC. Posterior fracture-dislocations of the hip. *J Bone and Joint Surg* 1974; 56-A: 1103-1127.
8. Letournel E, Judet R. Fractures of the acetabulum. Second edition. Springer-Verlag. 1993.
9. Upadhyay SS, Moulton A, Burwell RG. Biological factors predisposing to traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone and Joint Surg* 1985; 67-B: 232-236.
10. Rogers FL, Hendrix RW. Evaluación radiográfica del paciente politraumatizado. *Clínicas Orthopédicas de Norteamérica. Estudios radiográficos en Ortopedia* 1992; 21: 37-48.
11. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop* 1973; 92: 116-142.
12. Hougaard K, Thomsen PB. Prognostic factors influencing the incidence of avascular necrosis of the femoral head. *Arch Orthop Traum Surg* 1986; 106: 32-35.
13. Levin PE, Browner BD. Luxaciones y fracturas-luxaciones de cadera. En: Steimberg, «La cadera. Diagnóstico y tratamiento de su patología». De Panamericana. 1993: 263-289.
14. Kristensen O, Stougaard J. Traumatic dislocation of the hip. *Acta Orthop Scand* 1974; 45: 206-212.
15. Sauser DD, Bilimoria PE, Rouse GA, Mudge KCT. Evaluation of hip trauma. *AJR* 1980; 135: 269-274.
16. Fernández de Retana P y cols. El TAC en las luxaciones posteriores de cadera. *Rev Orthop Traum* 1990; 34-IB (Supl. 1): 81-84.
17. Hougaard K, Lindequist S, Nielsen LB. Computerised Tomography after posterior dislocation of the hip. *J Bone and Joint Surg* 1987; 69-B: 556-557.
18. Epstein HC. Traumatic anterior and simple posterior dislocation of the hip in adults and childrens. A.A.O.S. Instructional Course Lectures 1973; 22: 115-145.
19. Upadhyay SS, Moulton A. The long-term results of traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone and Joint Surg* 1981; 63-B: 548-551.
20. Pietrafesa CA, Hoffman JR. Traumatic dislocation of the hip. *JAMA* 1983; 249: 3342-3346.
21. Duncan CP, Shim SS. Blood supply of the head of the femur intra- traumatic hip dislocations. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 144: 185-191.
22. Upadhyay SS, Moulton A, Srikrishnamurthy K. Analysis of the late effects of traumatic posterior dislocation of the hip without fractures. *J Bone and Joint Surg* 1983; 65-B: 150-152.
23. Hougaard K, Thomsen PB. Coxarthrosis following posterior dislocation of the hip. *J Bone and Joint Surg* 1987; 69-B: 679-683.
24. Shukla PC, Cooke SE, Pollac CV Jr, Kolb JC. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1768-1771.
25. Proctor H. Dislocations of the hip joint (excluding «central» dislocations) and their complications. *Injury* 1971; 5: 1-12.
26. Boronat J y cols. Tipos de luxación de cadera. *Rev Orthop Traum* 1990; 34-IB: 21-27.