

Luxación traumática de cadera en una niña de 2 años

Bi urteko neskaren aldakaren luxazio traumatikoa

E. Esnal Baza, I. Etxebarria Foronda, A. Gay Vitoria, M. Zaldúa Unanue, A. Ruiz Sánchez, J.M. Alfonso Lerga, J. Montiano Jorge*

Servicios de COT y Pediatría*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Correspondencia: E. Esnal Baza. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. C/ José Atxotegi s/n. 01009 Vitoria Gasteiz. Tel.: 945 00 72 33 – 620 91 43 66

RESUMEN

La luxación traumática de cadera infantil es una patología poco frecuente. Su tratamiento supone una urgencia para evitar posteriores secuelas. El presente trabajo describe el caso de una niña de dos años que acude a urgencias con la cadera luxada tras un traumatismo aparentemente banal. Se revisa la literatura en referencia a las características clínicas y tratamiento de dicha entidad.

PALABRAS CLAVE

Cadera, luxación traumática, infantil.

LABURPENA

Haurtzaroako aldakako luxazio traumatikoa hain arrunta ez den patologia da. Bere tratamendua larrialdi bat suertatzen da ondorioz zarrak ez izate arren. Ondorengo lanak bi urteko neskato baten kasua da larrialdietara aldakako luxazio batekin etorri beharra izan zuelako itxuraz traumatismo txiki baten ondoren. Literatura rebisio bat egiten da entitate honen karakteristikak kliniko eta tratamenduei buruz.

HITZ GAKOAK

Aldaka, luxazio traumatikoa, haurtzaroa.

INTRODUCCIÓN

La luxación de cadera es una patología que supone una urgencia dentro de nuestra especialidad y su presentación en niños es rara. Habitualmente ocurre como resultado de traumatismos de alta energía, aunque en niños pequeños puede ocurrir tras traumatismos banales. La mayoría de luxaciones de cadera en niños se reducen con

facilidad, cicatrizando de manera satisfactoria, aunque existe la posibilidad de aparición de problemas tardíos. La necrosis aséptica supone la complicación más frecuente. En este artículo realizamos una revisión bibliográfica a propósito de un caso, comentando las últimas tendencias terapéuticas.

CASO CLÍNICO

En el servicio de urgencias recibimos a una niña de 2 años con dolor intenso en su pierna izquierda tras un traumatismo banal; al intentar coger a la niña de la silla de paseo, la madre cayó encima de ella y le produjo un traumatismo directo sobre su rodilla izquierda. La paciente presentaba una deformidad característica de su extremidad inferior izquierda en flexión, aducción, acortamiento y rotación interna. Tras realizar una radiografía de urgencia apreciamos una luxación posterior de la cadera izquierda (Fig. 1).

La reducción fue llevada a cabo en el quirófano, a las dos horas, de forma cerrada mediante la maniobra de Allis. Se colocó una inmovilización posterior con tracción cutánea durante unos pocos días y posteriormente mantuvo una carga controlada durante 2 meses.

En la actualidad se encuentra asintomática y sin complicaciones visibles radiológicamente a los dos años (Fig. 2).

DISCUSIÓN

La luxación de cadera en niños es relativamente infrecuente. Habitualmente suele deberse a un traumatismo violento de alta energía y además puede ir acompañada de distintas fracturas y contusiones. Esto tiene lugar en niños mayores y en adultos. En niños menores de 5 años pueden pro-



Figura 1. Imagen inicial de la cadera luxada.



Figura 2. Cadera tras la reducción.

ducirse a consecuencia de un traumatismo banal, por la composición cartilaginosa del acetábulo y la laxitud ligamentosa generalizada⁽¹⁾.

El mecanismo de lesión determina la dirección de la luxación. En función de la ubicación de la cabeza femoral respecto al cotilo, estas podrán ser anteriores o posteriores. Las luxaciones posteriores son las más frecuentes y se producen por una fuerza ejercida sobre la pierna con la cadera flexionada⁽²⁻³⁾. Las anteriores tienen lugar como resultado de una fuerza aplicada en abducción y rotación externa. Cuando el miembro se encuentra en extensión la cadera se luxará anterosuperiormente y si este está en flexión inferiormente⁽⁴⁾.

Las fracturas-luxaciones de cadera y las luxaciones asociadas a fracturas ipsilaterales son menos frecuentes en niños que en adultos pero pueden ocurrir⁽⁵⁾. En caso de existir una fractura de fémur en niños se recomienda una exploración radiológica rutinaria de pelvis, para evitar que la luxación asociada pueda pasar desapercibida⁽⁵⁾.

El signo definitivo en el diagnóstico clínico es la posición del miembro, confirmado por radiografías simples.

El objetivo en el tratamiento es obtener una reducción cerrada lo antes posible, preferiblemente bajo anestesia general en qui-

rófano, ya que se requiere una relajación muscular completa que facilite la reducción y disminuya las posibles lesiones yatrogénicas⁽⁹⁾. Disponemos de distintas maniobras para llevar a cabo la reducción cerrada⁽¹⁾. Entre ellas la maniobra de Allis que consiste en colocar al paciente en decúbito supino, situándose el cirujano que va a realizar la reducción de pie encima del paciente. Se flexiona la rodilla para relajar los músculos isquiotibiales y mientras el ayudante estabiliza la pelvis, se ejerce una tracción longitudinal en el eje del fémur, manipulando suavemente la cabeza femoral sobre el reborde acetabular, hasta introducirla en el acetábulo⁽⁹⁾. En cualquier tipo de luxación, habitualmente la tracción en eje del muslo asociada a una manipulación suave de la cadera logra la reducción tras una relajación adecuada de los músculos que rodean la articulación⁽¹⁾. Si esta no es posible estaría indicada la reducción abierta.

En los cuidados postoperatorios tras realizar una reducción cerrada, en la mayoría de artículos publicados propagan el uso de inmovilización externa durante un mes (yeso pelvipédico, tracción...) y el posterior control de la carga hasta cumplir los 60 días^(2-6,9,10). Varios artículos, en cambio, demuestran la poca utilidad de todo esto^(7,8,11).

Estaría indicado un corto período de reposo tras la reducción, hasta que ceda el dolor y la posterior carga controlada durante uno o dos meses.

En cuanto a las complicaciones, son raras pero con graves secuelas. Se han descrito lesiones del paquete neurovascular femoral hasta en un 25% de los casos de luxaciones anteriores⁽⁸⁻¹²⁾. La lesión del nervio ciático se presenta entre un 2-13% con las luxaciones posteriores⁽⁸⁾ y tanto en estas situaciones como en caso de complicaciones vasculares estaría indicado el realizar una reducción inmediata, de forma cerrada inicialmente, si es posible⁽¹⁾. A no ser que la situación no se normalice, no está indicado el realizar una exploración quirúrgica inicialmente.

La interposición de tejidos puede ocasionar una reducción no concéntrica o el completo fracaso de la reducción cerrada, con lo que sería necesaria una reducción abierta, para evitar reducciones no concéntricas que pueden producir artropatías degenerativas posteriores⁽¹²⁾. El TAC con contraste o la RMN pueden aportar información acerca de los obstáculos que se pueden presentar.

La complicación más habitual (7-10%)⁽¹⁻⁹⁾ es la necrosis avascular. La reducción precoz de la cadera reduce significativamente

su incidencia⁽¹⁻⁸⁾. Esta complicación depende del tiempo transcurrido hasta la reducción y la intensidad del traumatismo, pero no de los cuidados postoperatorios. Es recomendable realizar un seguimiento radiológico hasta los 2 años posteriores ya que los cambios radiológicos pueden aparecer de formas tardía⁽⁹⁾. No están indicadas la realización de una gammagrafía o RMN rutinarias tras una luxación de cadera⁽¹⁾. Si obtenemos una RMN normal a las 4-6 semanas de la lesión, el riesgo de aparición de una necrosis avascular sintomática es mínimo, por lo que no se requiere ninguna otra prueba⁽¹³⁾.

La necrosis avascular en el niño pequeño se asemeja a una enfermedad de Perthes, debiendo tratarse de la misma manera⁽¹⁾.

La luxación recidivante es rara (3%) y ocurre sobre todo en luxaciones posteriores en niños menores de 8 años o en niños con hiperlaxitud conocida⁽¹⁾. La causa se debe a una laxitud o un defecto capsular y el tratamiento se basa en realizar una inmovilización prolongada con yeso (mínimo de 3 meses) o el tratamiento quirúrgico realizando una capsulorrafia.

Se han producido hasta un 6% de condrolisis tras luxaciones de cadera, producidas probablemente como consecuencia de un daño articular generado en el momento

de la luxación. Su tratamiento inicial es sintomático⁽¹⁾.

La coxa magna aparece ocasionalmente tras las luxaciones de cadera (3%) y se trata de un cuadro asintomático que no requiere tratamiento⁽¹⁾.

Es posible que se produzca una presentación tardía de este cuadro generalmente por un error diagnóstico con un tratamiento difícil y unos resultados pobres que a su vez se reducen con el tiempo de luxación.

Creemos que la sospecha clínica y un correcto estudio radiológico son fundamentales para llegar al diagnóstico y llevar a cabo un correcto tratamiento de este cuadro, que se debe realizar sin demora. Las inmovilizaciones prolongadas no parecen aportar beneficios en el resultado final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rockwood & Wilkins. Fracturas en el niño. Ed Marban. 5ª edición. 2001.
2. Pennsylvania Orthopedic Society. Traumatic dislocation of the hip joint in children. Final Report. *JBJS* 1968; **50-A**: 79.
3. Epstein HG. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop* 1973; **92**: 116-42.
4. Rafai M, Ouarab M, Largab A, Guerch A, Rahmi M, Trafe M. Open post-traumatic anterior luxation of the hip in children. Apropos of a case and review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1995; **81** (2): 178-81.
5. Casado-Salinas JM, Llamas-Elvira JM, Lorente-Moreno R, Nogales-Zafra J, Gala-Velasco M. Traumatic Hip Luxation Associated With ipsilateral and Contralateral Femoral Fracture in a Child. *Acta Orthopaedica Belgica* 1989; **55**: 2.
6. Glass A, Powell HDW. Traumatic dislocation of the hip in children. An analysis of forty seven patients. *JBJS (Br)* 1961; **43**: 29-37.
7. Hamilton PR, Broughton NS. Traumatic hip dislocation in childhood. *J Pediatr Orthop* 1988; **18**: 691-4.
8. The Scientific Research Committee of the Pennsylvania Orthopaedic Society. Traumatic dislocation of the hip in children. Final report. *JBJS (Am)* 1968; **50**: 79-88.
9. Zabaleta Alfaro RL. Luxación traumática de cadera en una niña de tres años. Reporte de caso. *Diagnóstico* 2001; **40**: 5.
10. Fama G, Pavanini G, Bonaga S. Considerazioni sulla lussazione traumatica dell'anca nell'età evolutiva.. *Chir Org Mov* 1989.
11. Schlonsky J, Miller PR. Traumatic hip dislocations in children. *J Bone Joint Surg (Am)* 1973; **55**: 1057-63.
12. Pries P, Gayet LE, Bonnet L, Clarac JP. A case of traumatic obturator luxation of the hip in 4-year-old-child. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1991; **77** (1): 49-52.
13. Poggi JJ, Callaghan JJ, Spritzer CE et al. Changes on magnetic resonance images after traumatic hip dislocation. *Clin Orthop Rel Res* 1995; **319**: 249-59.