

LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LA CADERA INFANTIL

*Dr. Manuel Rull González Dr.
Renato Valladares Rivera Dr.
Antonio Cortés Moreno.*

La luxación traumática de la cadera es muy infrecuente en niños. En la literatura hasta 1973, PEARSON y MANN, encontraron alrededor de 350 casos, pero no hay datos ni publicaciones para poder entresacar el porcentaje de complicaciones que de ello pudieran derivar. A.M. BERNHANG publicó un caso más excepcional con luxación bilateral. Los resultados finales una vez alcanzada la maduración esquelética de estos chicos luxados, dejan mucho que pensar, ya que si bien hay varias publicaciones a este respecto, el número de casos seguidos, no bien documentados y con falta de controles clínicos a distancia, no nos permiten sacar conclusiones válidas. A este respecto la revisión mundial de FINESCHI, sobre 150 casos, publicados en 1956 tampoco deja sacar conclusiones. Es muy rara la reluxación y a propósito de un caso de GAUL, publicó el resultado de una revisión de la literatura a este respecto, encontrando solo 12.

La luxación traumática de la cadera infantil, puede ser postero-superior o anterior, en menor porcentaje. Puede ir acompañada de fractura del fémur o tibia en grandes traumatismos

y se han citado como en las del adulto complicaciones adicionales, tales como parálisis ciática y compresión de vasos femorales. Hay casos en que más excepcionalmente se asocia a la luxación, un desprendimiento de la epífisis, según la revisión que llevaron RAMPOLLI y BONI al 42 Congreso Italiano en 1957 encontraron 16 casos, y más excepcionalmente la asociación de luxación, desprendimiento epifisario y fractura paracelular de la epífisis femoral, de la que aportó un caso BONVALLET. Estos casos van seguidos de un gran porcentaje de necrosis epifisarias, alrededor del 50% debido a la pérdida de la nutrición asegurada a esta edad, por los vasos epifisarios de procedencia capsular y por otra parte al hecho que hasta los 8 ó 9 años no entra en juego el aporte vascular por la arteria del ligamento redondo.

BARCAT y TESTAS en Junio de 1958, aportan 210 casos publicados en la literatura de luxaciones puras, con un 15% de necrosis y entre los 105 casos seguidos durante unos años, el porcentaje es aproximadamente el mismo.

En la mayoría de los casos la reducción puede conseguirse

por la manipulación bajo anestesia, pero hay otros, los menos, en que hay que recurrir a la reducción operatoria.

El mecanismo de producción varía desde caídas triviales, traumatismos deportivos a grandes traumatismos por caídas desde gran altura o accidentes de tráfico a los niños por debajo de los 6 años de edad, la luxación ocurre con ligero traumatismo y por regla general se reduce con cierta facilidad, en estos casos es suficiente una inmovilización de un mes en atención a la situación vascular de la epífisis. En niños mayores el traumatismo es más violento y de ahí el porcentaje de complicaciones aumenta, la reducción bajo anestesia hay que hacerla de forma inmediata. Naturalmente cuanto mayor es la violencia causal, con la misma paridad se presentan las lesiones fracturarias asociadas.

En una revisión de todos los casos tratados por los miembros de la Sociedad de Ortopedia de Pensilvania, desde 1959 a 1966 y por otra parte 114 casos publicados por varios autores en este período de tiempo, con buena documentación y control a distancia y la aportación de F.J. FUNCK Jr. de otros 40 casos,

se puede sacar como conclusiones:

Absolutas: Los factores que parecen favorecer un mal resultado bien en la edad juvenil (necrosis y deformidades secundarias de la cabeza femoral) o cuando ha terminado la maduración esquelética (deformidad de cabeza femoral, coxartrosis) están ligados a la mayor violencia del traumatismo, a las fracturas asociadas (cabeza, trocánter y acetábulo) y reducciones con intervalos mayores de 24 horas.

Relativas. En general son mejores los resultados en niños por debajo de los 6 años, que los que están por encima de esta edad, las reducciones operatorias, el período de descarga post-reducción y en este sentido, aún cuando hay observaciones que con carga al mes de la reducción han conseguido resultados inmediatos y a distancia buenos, flota la impresión de que un mayor tiempo de descarga (entre 4 y 6 meses) es la actitud más prudente. Necrosis entre 10 y 14%.

La cadera del niño es más fácilmente luxable que la del adulto pero en cambio las complicaciones fracturarias son mucho menores. Tanto la incidencia de necrosis avascular, como la coxopatía degenerativa, son menores que la del adulto.

H.C. no. 2.547 (11-2-64)
J.G.D. Niño de 3 años de edad, atropellado por un coche hace 4 días, es llevado a nuestro servicio con intensas molestias en cadera derecha. El trocánter mayor aparece prominente y se aprecia un acortamiento de la pierna de-



FIGURA No. 1

Fig. 1-2. Luxación de cadera derecha a los 3 años de edad, ocurrida en un accidente de automóvil, que permaneció sin reducir 4 días; en niños pequeños no cabe anticipar alteraciones permanentes si se demora la reducción ya que es más improbable que se lesionen los vasos. Fig. no. 2. Después de la reducción anduvo a los 4 meses sin protección. El control a los 10 años del traumatismo fue satisfactorio.

FIGURA No. 2.



recha, la movilidad está muy limitada y dolorosa, el estudio radiológico revela la luxación posterior y superior. Se hace la reducción bajo anestesia general, con control radiológico posterior; se le inmovilizó con espica de yeso durante 4 semanas, no permitiendo la carga hasta los 4 meses. El reconocimiento a los 3 años del traumatismo dio como resultado la normalidad tanto clínica como radiográficamente en la articulación de la cadera.

COMENTARIOS

La dislocación casi siempre, es posterior y como en los adultos, la reducción debe hacerse tan pronto como sea posible bajo anestesia general e inmovilización de espica de yeso o con tracción cutánea continua durante 4 a 6 semanas. Posteriormente con respecto a cargar dicha articulación, las opiniones difieren y así mientras unos (LANKE, PEARSON, MANN etc.) aconsejan cargar inmediatamente, otros autores (FREEMAN) por el contrario aconsejan esperar unos 3 meses. La complicación más común es la necrosis cefálica que apareció en 4 ocasiones en los 47 casos revisados por GLASS y POWELL; cambios degenerativos artrósicos en 3 y osificación prematura de la epífisis en 1, así como en 6 casos ensanchamiento cefálico, complicaciones que tanto más esperadas, tratándose de pacientes jóvenes, siendo el porcentaje de éstas menos frecuentes en adultos (7 a 8% de necrosis según Lanke). En los casos de

redislocación, el tratamiento quirúrgico, puso de manifiesto, un desgarró de la inserción acetabular posterior, de la cápsula articular, habiéndose formado una bolsa sinovial, una vez readaptado el reborde capsular, no hubo más recurrencia (Aufranc 1964; Body 1969; Gaul 1973). Los síntomas de las complicaciones generalmente ocurren dentro del primer año, aunque la necrosis avascular puede aparecer a los 3 años del accidente.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARBIERI, M.- Distacco lussazione dell'epifisis femorale prossimale Chir. Org. Nov. vol. XII, fase. IV, pag. 338.
2. BERNHAG A.M. y Colb.- Simultaneous bilateral traumatic dislocation of the hip in a child. J. Bone and joint surg. 52-A, no. 2, pag. 335 Mach 1970.
3. BODY J.- Luxation rédici-vate de la hanche chez un garçon de 7 ans. Rev. Chir. Orthop, tone 55, 1969.
4. BONVALLET, J.M.- Luxation traumatique de la hanche de l'enfant, associée á un de'collement epiphy-saire complet et a'une fracture du noyau céphalique. Rev. Chir. Orthop. Tone 51, no. 8, pag. 723, año 1965.
5. FREEMAN, G.E.- Traumatic dislocation of the hip in children. J. Bone and joint surg. 43-A, no. 3, pag. 401, april 1961.
- 6.- HOVELUS, C. Traumatic dislocation of the hip in children. Report of two cases. Acta orthop. scand 45, pag. 746, 1974.
- 7.- GAUL, R.W.- Recurrent traumatic dislocation of the hip in children. Clin, orthop 90, pag. 107, 1973.
- LAMKE, L.- Traumatic dislocations of the hip. Acta, orthop. scand. 41, pag. 188, 1970.
- 9.- LITTON, L.O. and WORK—MAN, C- TraumaFic anterior dislocations of the ip in children. J. bone and j. surg. vol. 40-A, no. 6, 1958.
- 10.- PEARSON, D.E. and MANN, J.- Traumatic hip dislocation in children Clin. Orthop. 92, pag. 189, 1973.
11. PENNSYLVANIA OR—THOPEDIC SOCIETY.- Traumatic dislocation of the hip joint in children. J. Bone and Joint Surg. vol. 42-A, no. 4, pag. 705, June 1960.
- 12.- SCHLONSKY, J. and MILLER, R. Traumatic hip dislocations in children, J. Bone and joint surg. Vol. 33-A, pag. 746, 1973.