

# Luxación coxofemoral recidivante

GUILLERMO ARCE, PABLO LACROZE, JUAN PABLO PREVIGLIANO y ENRIQUE PEREIRA

*Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Clínica del Sol, Buenos Aires*

## Caso clínico

Corresponde a una paciente de 20 años, deportista, que en febrero de 1995 durante la práctica de esquí sobre nieve sufrió una luxación posterior de la cadera derecha Thompson-Epstein de tipo I (Fig.1) y fractura de la muñeca izquierda.

Este primer episodio de luxación fue tratado con reducción incruenta bajo anestesia general seguida de reposo en cama durante 7 días.

Seis meses después, y luego de un nuevo traumatismo de esquí, sufrió el segundo episodio de luxación completa de cadera.

En esta oportunidad, tras la reducción bajo anestesia general, se inmovilizó con férula y se siguió un plan de 60 días de marcha sin apoyo asistida con muletas.

Los estudios radiológicos no mostraban fracturas asociadas ni anormalidades significativas en la estructura ósea (ángulos de Sharp, de Wiberg y de anteversión cotiloidea dentro de parámetros normales), mientras que en la RM se apreciaban alteraciones a nivel de la cápsula posterior, sin alteraciones vasculares de la epífisis proximal del fémur.

A mediados de octubre se inició un plan de rehabilitación con ejercicios, bicicleta y natación.

En abril de 1996, al caerse desde la caja de una camioneta en movimiento, sufrió el tercer episodio de luxación. Se realizó otra reducción incruenta bajo anestesia general. Las radiografías y la TC no aportaron datos nuevos significativos, mientras que en la RM se encontró una alteración en la señal correspondiente a la cápsula posterior, indemnidad de los músculos rotadores y ausencia de trastornos vasculares en la cabeza femoral (Fig. 2). El

centellograma óseo demostró ligera hipercaptación en el rebordé acetabular de la cadera derecha, sin alteraciones en la distribución del radio trazador en la cabeza femoral.

Se decidió el tratamiento quirúrgico de la inestabilidad coxofemoral recidivante.

## Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general, en decúbito lateral izquierdo y utilizando abordaje posterolateral, se exploró la articulación coxofemoral derecha. Se identificaron y repararon los músculos rotadores externos, con signos de atrofia, respetando la arteria circunfleja posterior. Se visualizó así la cápsula articular, adelgazada, redundante y con un gran "bolsillo" posterior. Una vez realizada la capsulotomía en T se reseco este bolsillo y se realizó el cruentado del borde acetabular posterior (Fig. 3A). Se colocaron tres anclajes con sutura irreabsorbible n° 2 (Fig. 3B).

A continuación se realizó plicatura capsular y anclaje sobre el borde acetabular, deslizando el colgajo inferior hacia proximal y el colgajo superior hacia distal (Fig. 3C y D). Mediante la movilización se constató la estabilidad de la articulación. Se procedió a la reinserción de los rotadores y se realizó el cierre por planos. Finalizado el acto quirúrgico se colocó una férula pelvipédica en rotación externa y ligera abducción.

Se siguió un protocolo de restricción del apoyo de la cadera afectada durante 45 días y utilización de la férula hasta completar los dos meses.

## Seguimiento

Al cuarto mes se inició la terapia física de rehabilitación. El control a los 6 meses fue satisfactorio, el rango de movilidad era completo y las radiografías mostraron buena congruencia articular y ausencia de calcificaciones heterotópicas.

Cumplidos los 12 meses posoperatorios, la paciente retomó sus actividades deportivas en forma habitual, con el mismo nivel de exigencia.

A los 18 meses se realizaron controles radiográficos y con resonancia magnética que no evidenciaron alteracio-

Recibido el 14-10-2002. Aceptado luego de la evaluación el 3-2-2003.

Correspondencia:

Dr. GUILLERMO ARCE

Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento

M.T. de Alvear 2400 - (1122) Buenos Aires

Fax: 4963-9500 # 387

E-mail: arce@apunet.com.ar

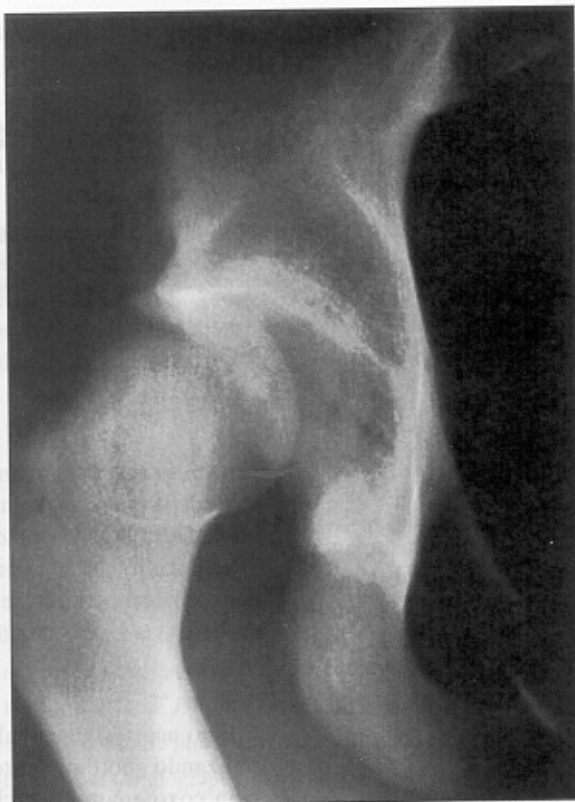


Figura 1. Radiografía de frente de la cadera derecha. Luxación posterior.

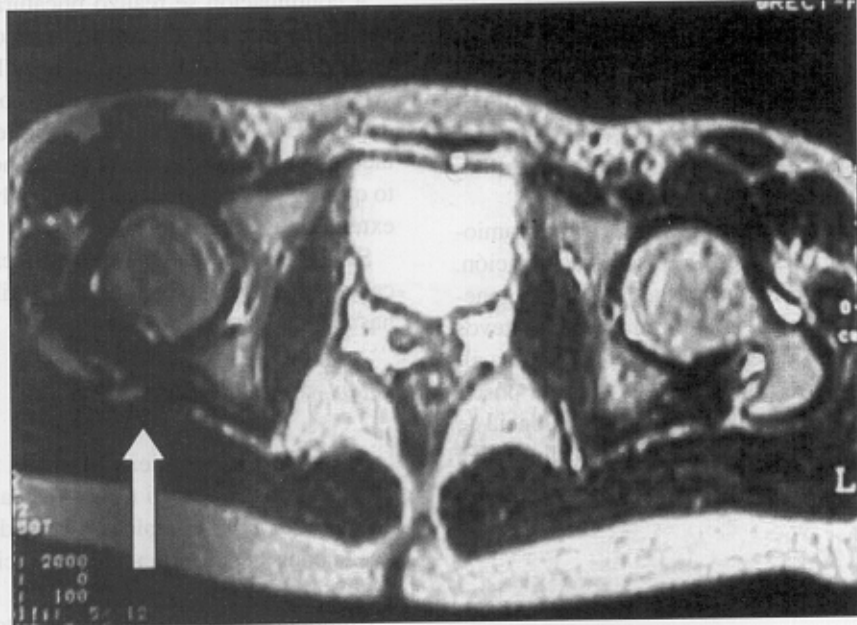
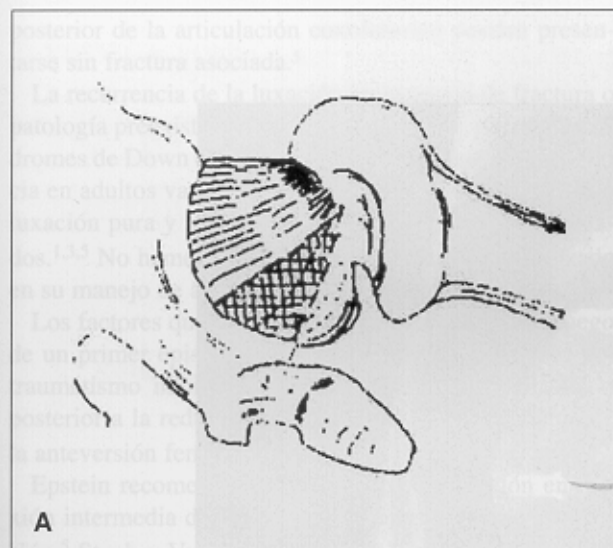
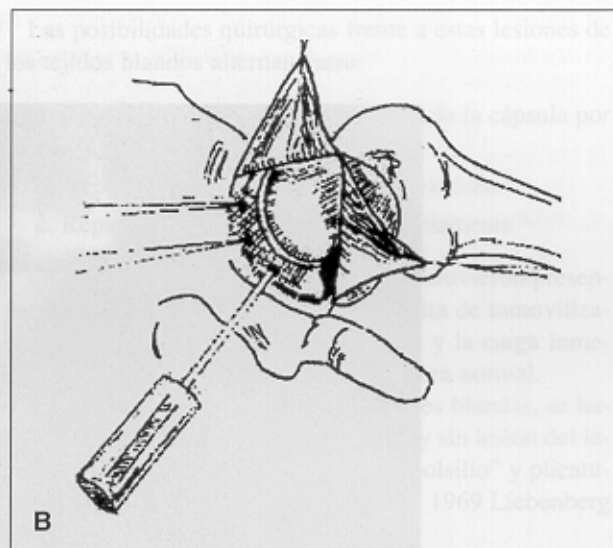


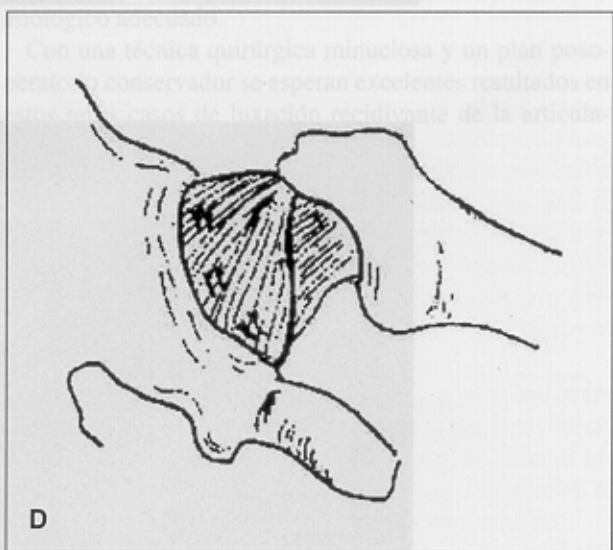
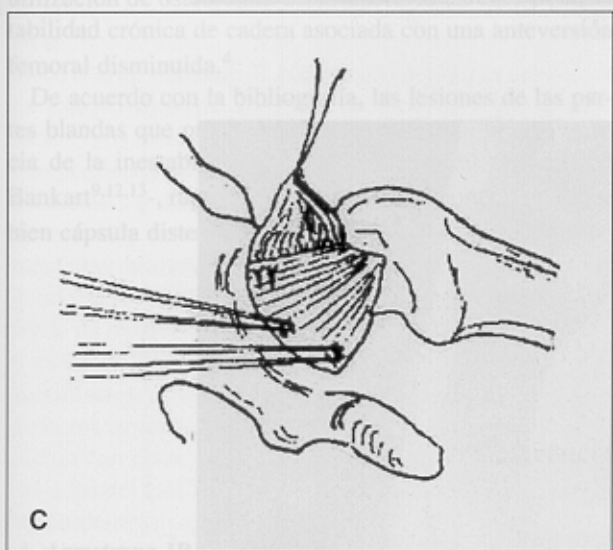
Figura 2. RM. Se observa la presencia de líquido inflamatorio intraarticular y distensión plástica de la cápsula articular.



**Figura 3A.** Capsulotomía en T. Resección del "bolsillo" capsular. Cruentado del borde acetabular posterior.



**Figura 3B.** Colocación de anclajes sobre el borde acetabular posterior.



**Figura 3C y D.** Plicatura capsular.

nes de la vascularización de la cabeza femoral ni de la congruencia articular. En el examen físico ambas caderas mantenían el rango de movilidad completo y trofismo muscular simétrico.

La paciente evolucionó en forma satisfactoria y continuó su práctica deportiva sin restricciones. Luego del último control, transcurridos 6 años de la cirugía, la cadera se mantiene asintomática, el rango de movilidad es com-

pleto, los estudios radiológicos son normales (Figs. 4 y 5) y no se observan complicaciones.

## Discusión

La luxación coxofemoral recidivante es una entidad excepcional. Alrededor del 40% de los casos de luxación



Figuras 4 y 5. Radiografías posoperatorias de frente y de perfil de la cadera derecha.

posterior de la articulación coxofemoral pueden presentarse sin fractura asociada.<sup>5</sup>

La recurrencia de la luxación en ausencia de fractura o patología preexistente (displasia, infección, parálisis, síndromes de Down o de Ehlers-Danlos) es rara. Su incidencia en adultos varía entre el 0 al 2% de los pacientes con luxación pura y la bibliografía describe sólo casos aislados.<sup>1,3,5</sup> No hemos encontrado un consenso generalizado en su manejo de acuerdo con lo publicado.

Los factores que se correlacionan con la recidiva luego de un primer episodio de luxación son: la severidad del traumatismo inicial, la carga precoz, la inmovilización posterior a la reducción inadecuada y la disminución de la anteversión femoral.<sup>3,13,15,16</sup>

Epstein recomendaba tratamiento con tracción en flexión intermedia durante 3 a 4 semanas luego de la luxación.<sup>5</sup> Stuck y Vaughan sugerían evitar el apoyo durante un período que oscilaba entre 6 y 12 meses, mientras que Brav aseguraba que la descarga debía continuarse durante 12 semanas para disminuir la posibilidad de recidiva y que los malos resultados estaban asociados con la carga precoz.<sup>2</sup>

En su serie, De la Caffiniere y Ould Ouali describen la utilización de osteotomía desrotadora en un caso de inestabilidad crónica de cadera asociada con una anteversión femoral disminuida.<sup>4</sup>

De acuerdo con la bibliografía, las lesiones de las partes blandas que pueden ser responsables de la persistencia de la inestabilidad son: avulsión labral -lesión tipo Bankart<sup>9,12,13</sup>-, rupturas capsulares posteriores,<sup>7,8,10,14,15</sup> o bien cápsula distendida y redundante.<sup>4,6</sup>

Las posibilidades quirúrgicas frente a estas lesiones de los tejidos blandos alternan entre:

- a. Reparación conjunta del labrum y de la cápsula por medio de un block óseo.<sup>8,12</sup>
- b. Reparación de la cápsula con block óseo.<sup>9</sup>
- c. Reparación y plicatura capsular solamente.<sup>6,7,11</sup>

En el caso de nuestra comunicación estuvieron presentes un traumatismo inicial severo, la falta de inmovilización adecuada posterior a la reducción y la carga inmediata del peso. La anteversión femoral era normal.

En cuanto al compromiso de las partes blandas, se halló en la cirugía una cápsula distendida y sin lesión del labrum. Realizamos una resección del "bolsillo" y plicatura capsular, tal como lo describieran en 1969 Liebenberg y col.<sup>8</sup>

Las complicaciones más frecuentes luego de la luxación "pura" de la cadera son la necrosis avascular (22% de los casos), la artrosis postraumática (26%) y las calcificaciones heterotópicas (8%) según las distintas publicaciones.<sup>1,3,5</sup>

Concluimos que es necesario identificar la causa real de la afección, para luego implementar un tratamiento etiológico adecuado.

Con una técnica quirúrgica minuciosa y un plan posoperatorio conservador se esperan excelentes resultados en estos raros casos de luxación recidivante de la articulación coxofemoral.

## Referencias bibliográficas

1. **Armstrong JR.** Traumatic dislocation of the hip joint. *J Bone Jt Surg (Br)*;30:430-445;1948.
2. **Bosch AM, Hammacher ER, Van der Werken C.** Recurrent traumatic dislocation of the hip joint at the age of 13 and 17 years. A case report. *Acta Orthop Belg*;66(2):187-189;2000.
3. **Brav EA.** Traumatic dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Am)*;44:1115-1134;1962.
4. **De la Caffinière JY, Ould Ouali A.** Luxation recidivante posterieure traumatique de hanche et default d' anteversiondu col du femur chez l'adulte. *Rev Chir Orthop*;75:48-52;1989.
5. **Epstein HC.** Traumatic anterior and simple posterior dislocation of the hip in adults and children. *Instr Course Lect*;22:115-145;1973.
6. **Graham B, Lapp RA.** Recurrent posttraumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop*;256:115-119;1990.
7. **Heinzelmann PR, Nelson CL.** Recurrent traumatic dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Am)*;58:895-896;1976.
8. **Liebenberg F, Dommissé GF.** Recurrent posttraumatic dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Br)*;51:632-637;1969.
9. **Lieberman JR, Altchek DW, Salvati EA.** Recurrent dislocation of a hip with a labral lesion: treatment with a modified Bankart-type repair. *J Bone Jt Surg (Am)*;75:1524-1527;1993.
10. **Lutter LD.** Post-traumatic hip redislocation. *J Bone Jt Surg (Am)*;55:391-394;1973.
11. **Mc Grory B, Burke D, Moran S.** Posterior instability of the hip in an adult. *Clin Orthop*; 341:151-154;1997.

12. **Nelson CL.** Traumatic recurrent dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Am)*;52:128-130;1970.
13. **Rashleigh-Belcher HJC, Cannon SR.** Recurrent dislocation of the hip with a "Bankart-type" lesion. *J Bone Jt Surg (Br)*;68:398-399;1986.
14. **Sullivan CR, Bickel WH, Lipscomb PR.** Recurrent dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Am)*;37:1266-1270;1955.
15. **Townsend RG, Edwards GE, Bazant FJ, et al.** Posttraumatic recurrent dislocation of the hip without fracture. *J Bone Jt Surg (Br)*;51:194;1969.
16. **Upadhyay SS, Moulton A, Burwell RG.** Biological factors predisposing to traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Jt Surg (Br)*;67:232-236;1985.