

Fractura-luxación de cadera. Presentación de caso de interés

Dres. IVAN GOROSITO, CECILIO ARGAÑARAZ*

Paciente de 14 años de edad, sexo masculino, que llega al Servicio de Urgencia traumatizado, a raíz de un accidente motociclístico.

Ingresa lúcido, ubicado en tiempo y espacio, algo excitado, manifestando intenso dolor en la raíz del miembro inferior derecho.

Al examen físico presenta parámetros vitales normales, neurológicamente sin particularidades.

Cadera derecha en extensión y rotación externa con acortamiento del miembro; movilidad activa abolida; al menor movimiento pasivo se despierta dolor. Pulsos distales presentes, sensibilidad conservada, temperatura del miembro normal. Resto del examen osteoarticular normal.

Se solicita examen de laboratorio de rutina que no presenta particularidades; radiografías de cráneo frente y perfil, de tórax frente y de columna toracolumbar frente y perfil sin particularidades.

La radiografía de ambas caderas de frente muestra una fractura-luxación posterior de cadera derecha, con fractura-desprendimiento epifisario grado I de Salter y Harris del cuello femoral y fractura de la ceja posterior del cotilo. En la toma oblicua de cadera se observa mejor el desprendimiento epifisario (Figuras 1 y 2).

Se solicita una tomografía axial computada de urgencia de la cadera lesionada, donde se observa en los distintos cortes el casquete cefálico detrás de la pared posterior del cotilo, el muñón flotante delante de la cavidad articular y la fractura de la ceja posterior con leve conminución (Figura 3).

Se decide intervenir de urgencia para proceder



Figura 1

a la reducción y estabilización de las fracturas y reducir la luxación.

Protocolo operatorio

Paciente en decúbito lateral sobre el lado sano,

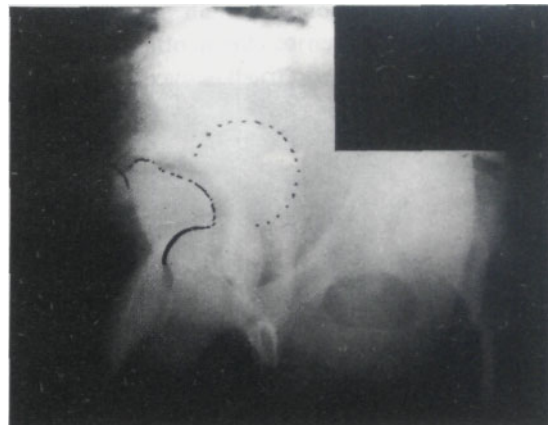


Figura 2

* II Cátedra de Ortopedia y Traumatología, Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe.

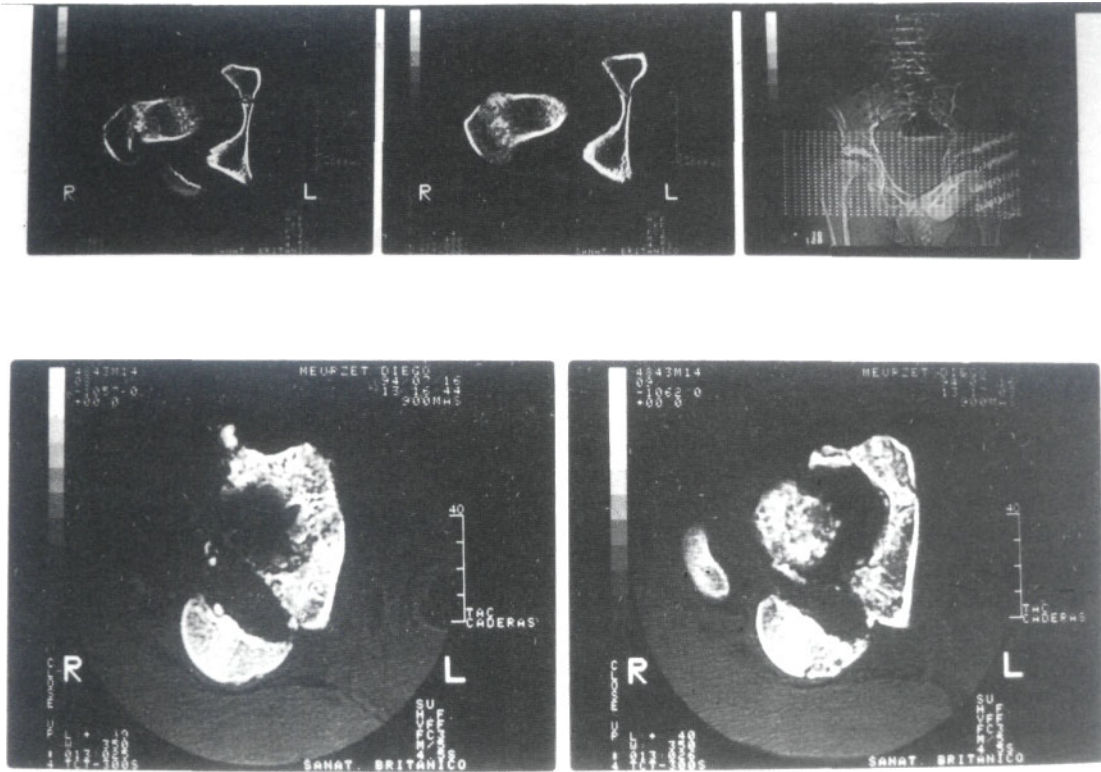


Figura 3

anestesia general, vía posterior de Moore. Debajo del manto glúteo se observan los rotadores externos parcialmente desgarrados, al igual que la cápsula articular, encontrándose la cabeza femoral aislada sobre este plano. El cartílago articular se encuentra dañado, con cambios de coloración de su superficie; se retira la misma y se deja en suero fisiológico tibio (Figura 4).

Se procede a individualizar el fragmento de ceja posterior y se fija el mismo con dos tornillos. A continuación se reduce el desprendimiento epifisario y

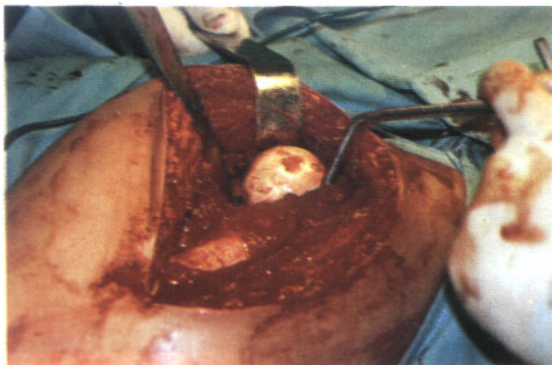


Figura 4



Figura 5

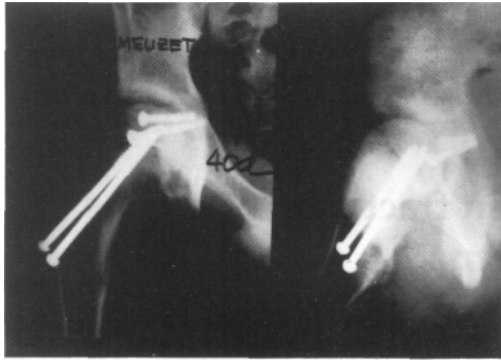


Figura 6

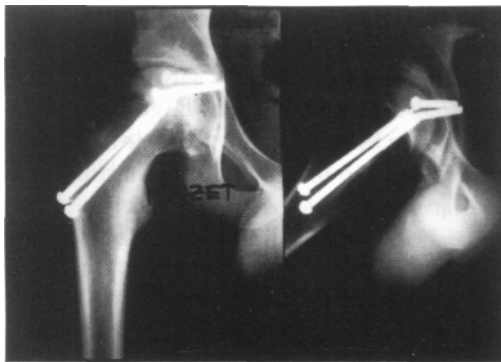


Figura 7

se fija la cabeza al cuello con dos tornillos desde la zona subtrocantérica; a continuación se reduce la luxación. Sutura de los músculos rotadores externos y del manto glúteo dejando drenaje; se finaliza cerrando por planos.

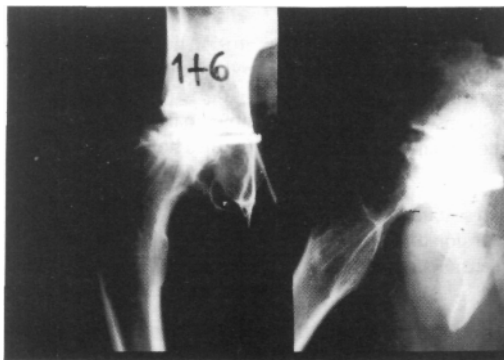


Figura 8

La radiografía postoperatoria inmediata muestra la reducción obtenida (Figura 5).

Postoperatorio

Tracción esquelética TAT durante 3 semanas y luego 7 días más tracción de partes blandas con movilidad activa y pasiva.

La radiografía a los 40 días evidencia buena evolución sin signos de sufrimiento de la cabeza femoral (Figura 6).

Permanece en rehabilitación sin apoyo del miembro hasta el tercer mes, en que comienza con apoyo asistido.

En el control radiográfico a los 4 meses se observa una ligera condensación del casquete cefálico y en la toma de perfil una banda de osteoporosis del cuello femoral (Figura 7).

Al examen físico el paciente se encuentra sin dolor; la cadera presenta una actitud en extensión, con puntos dolorosos negativos. La movilidad está conservada, salvo una discreta limitación de la rotación interna y de la flexoabducción. A la marcha presenta una ligera claudicación, con signo de Trendelenburg positivo. Sigue en control y rehabilitación.

Al año de evolución el paciente se queja de dolores esporádicos durante la actividad. En el examen de la movilidad se constata una mayor limitación en la flexoabducción y en la rotación interna. Palpatoriamente presenta dolor exquisito en la cara lateral de la cadera. Radiográficamente se observa una condensación marcada del núcleo cefálico con aplastamiento parcial y la presencia de un espolón en el borde superior del cuello femoral. Se decide retirar el material de síntesis del cuello, continuando bajo control.

En la actualidad el paciente tiene 16 años de edad y una evolución de su traumatismo de 18 meses. Consulta por dolor cuando camina más de 5 cuerdas o cuando intenta correr; no tiene dolor espontáneo. Al examen físico presenta una cadera en extensión con acortamiento de 3 cm, dolor palpatorio en punto interno de cadera, flexión de 75 grados, abducción de 20 grados y aducción de 5 grados con dolor; rotaciones abolidas. Marcha claudicante con signo de Trendelenburg positivo.

Radiográficamente se observa un mayor aplastamiento, con importante deformidad del extremo superior del fémur y tendencia a la subluxación. Interlínea articular conservada (Figura 8).