

PRESENTACIÓN DE ENFERMOS, RADIOGRAFÍAS E INSTRUMENTOS

Cadera. Luxación traumática bilateral simultánea y fractura homolateral de la diáfisis femoral

Dres. JUAN JESUS BLASNIK, FERNANDO DE ALZAA, JAIME CLAROS*

La luxación traumática bilateral y simultánea de la cadera es una patología poco habitual en la práctica diaria, ya que se observa entre el 2 y 3% de todas las luxaciones coxofemorales.

La luxación traumática de una cadera, asociada a una fractura de la diáfisis femoral homolateral, es también una lesión poco habitual.

Sir Astley Cooper describió esta asociación leisional en 1823, y desde entonces (hasta 1987) se ha descrito menos de 200 casos.

Menos común aún es la asociación de una luxación bilateral de la cadera, posterior en un lado y anterior en el otro, con una fractura ipsilateral de la diáfisis femoral. Hasta 1987 se habían descrito tres casos semejantes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

J.L.D. paciente de sexo masculino, de 50 años de edad (H. Cl. 7758035), ingresa al Servicio de Emergencias del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien" el día 11/12/96, tras haber sufrido accidente de tránsito, al chocar el vehículo en que viajaba.

Al ingreso presentaba traumatismo encefalocraneano con pérdida de conocimiento, traumatismo de tórax con escoriaciones en cara anterior, traumatismo abdominal, traumatismo pelviano, traumatismo y escoriaciones en cara lateral de brazo izquierdo, traumatismo en muslo izquierdo con escoriaciones en cara lateral, traumatismo y escoriaciones en ambas rodillas. El miembro inferior derecho se hallaba en rotación interna y aducción. El miembro inferior izquierdo se presentaba en rotación exter-

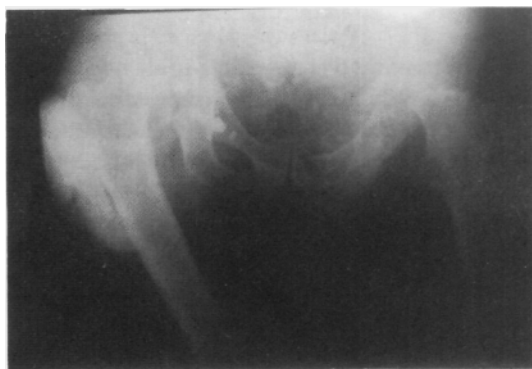


Fig. 1. Radiografía de ambas caderas. Cadera derecha: luxación posterior. Cadera izquierda: luxación anterior. Fractura diáfisis femoral izquierda.

na y abducción. Las radiografías mostraron: en cadera derecha, luxación posterior con fractura de acetábulo y fractura de ramas iliopubiana e isquiopubiana; en cadera izquierda, luxación anterior y fractura de acetábulo (Figura 1). En el muslo izquierdo, fractura transversal del tercio proximal del fémur; en la rodilla derecha, fractura conminuta en rótula (Figura 2).



Fig. 2. Fractura conminuta de rótula derecha.

* Servicio de Emergencias, Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien".

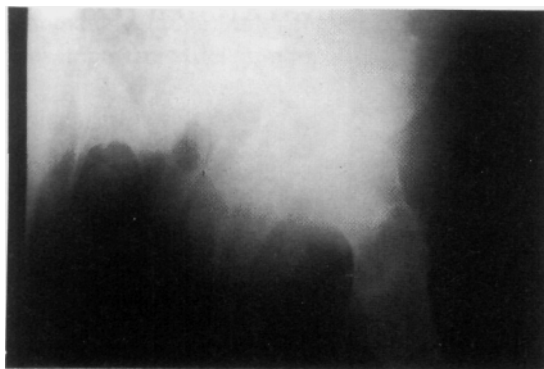


Fig. 3. Cadera derecha: luxación reducida.

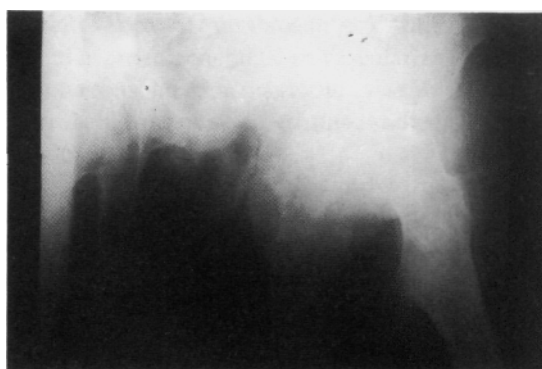


Fig. 4. Cadera izquierda: luxación reducida.

A las dos horas de haber llegado al hospital se le redujeron ambas luxaciones bajo anestesia general, colocándosele sendas tracciones transtuberositarias, con 5 kilogramos de peso (Figuras 3 y 4).

Fue ingresado en terapia intensiva y el día 12/12/96 se le efectuó laparotomía exploradora, descubriéndosele importante hematoma en peritoneo parietal y retroperitoneo; hematoma en paredes de la vejiga, sin fuga de líquido por la misma; sangrado de la vena porta en transcavidad de epiplones, con desgarro de 4 mm. Se realizó sutura y colocación de spongostán, dejándose dos tubos para avestamiento.

La evolución fue desfavorable, entrando el paciente en acidemia, presentando lesión pulmonar aguda. El 22/12/96 se hallaba en sepsis, distress respiratorio y disfunción renal. El 23/12/96 entró en oliguria y anuria, falleciendo el 24/12/96.

DISCUSIÓN

La luxación traumática bilateral y simultánea de la cadera fue descrita por primera vez en la literatura por Singowitz, en 1830. Para Manenti, en cambio, la luxación bilateral fue descrita por Niehans en 1888.

Neer, en 1889, en una revisión de 102 casos, halló un solo caso bilateral.

En 1945, en una nueva revisión completa de la literatura, Haudidier, en su tesis doctoral, recopiló 51 casos en un período de 115 años, desde 1830 hasta 1945.

Brav, en 1962, sobre 523 luxaciones de cadera observadas en un período de 12 años, describe sólo 6 casos bilaterales.

En sendos trabajos publicados entre 1954 y 1973, Epstein, Thompson y Epstein¹², y Stewart y Milford,

hallaron 12 casos de luxación bilateral, sobre 957 casos de luxaciones de cadera. Esto significa el 1,25% de todas las luxaciones de cadera y alrededor del 0,025% de todas las luxaciones.

Para Wiltberger y colaboradores la luxación traumática de la cadera con fractura ipsilateral sucede en una de cada 100.000 fracturas. Como controversia, Epstein encontró 17 casos sobre 559 fracturas.

La luxación traumática bilateral de la cadera con fractura de la diáfisis femoral, ipsilateral o contralateral, ha sido descrita en la literatura solamente en 3 casos, según Shannak¹⁰.

Sexo

El sexo masculino es el más frecuentemente afectado (89% según Cornacchia² y 91% según Manenti).

Edad

La mayor incidencia se observa entre los 20 y los 50 años, con prevalencia por el cuarto decenio.

La edad mínima es de 6 años (Wood, citado por Biasini).

La edad máxima es de 72 años (Euniche, 1918).

Mecanismo de producción

La mayoría de las luxaciones traumáticas de la cadera se producen por accidentes en automóvil o en motocicleta.

La combinación de luxación anterior y posterior simultánea de las caderas, con el agregado de otras lesiones traumáticas, es debida generalmente al vuelco de un vehículo y a la eyección de un pasajero desde su interior.

En la revisión de la literatura hemos hallado dos mecanismos de producción, que por no ser habituales comentaremos en particular.

El primero, descrito por Hill y Chmell en 1990⁶, es el de un varón de 24 años, de la tribu nativa ame-

ricana hopi, que cayó desde unos 18 metros de altura, mientras buscaba cuatro águilas doradas bebés, como parte de una ceremonia religiosa tradicional anual de su tribu. Como resultado de la caída sufrió una luxación simultánea de sus caderas, anterior en un lado y posterior en el otro, con fractura parcial de la cabeza femoral izquierda. Las luxaciones fueron reducidas en forma incruenta bajo anestesia raquídea y el fragmento óseo cefálico fue resecado posteriormente.

El segundo mecanismo de producción no habitual, descrito por Rath, Levy, Liberman y Atar, en marzo de 1997⁸, es el de un hombre de 36 años con síndrome de Down, que tuvo un episodio convulsivo 10 semanas antes de su internación. El estudio radiográfico realizado en esa oportunidad no mostró fractura alguna, pero pasaron inadvertidas las luxaciones posteriores en las caderas. El tratamiento consistió en la reducción quirúrgica de la luxación en la cadera derecha y en la artroplastia parcial, en la cadera izquierda.

Tipos de luxación

En relación con la ubicación de la epífisis femoral, la luxación bilateral de la cadera puede clasificarse en:

- a) *Simétrica posterior*: Es la más frecuente, alrededor del 50% de los casos.
- b) *Simétrica anterior*: Es la más rara, con el 10% de los casos.
- c) *Asimétrica*: También llamada mixta, es una combinación de las dos, y representa el 40% de los casos.

Asociación de lesiones

En relación con la asociación de lesiones esqueléticas vecinas pueden distinguirse:

- a) Luxaciones puras.
- b) Con fractura de la cavidad acetabular.
- c) Con fractura de la cabeza femoral.
- d) Con fractura del cuello femoral.
- e) Con fractura de la diáfisis femoral, ipsilateral o bilateral.

Complicaciones

Pueden ser inmediatas o alejadas.

1. Complicaciones inmediatas

- a) Oseas:
 - Fractura de la ceja cotiloidea posterior.
 - Fractura transacetabular.
 - Fractura de la cabeza del fémur.
 - Fractura del cuello del fémur.

- Exposición de la luxación.
- b) Neurológicas:
 - Parálisis del ciático, total o parcial.
- c) Vasculares (en luxación anterior):
 - Embolia pulmonar, por compresión de la vena femoral.
 - Oclusión vascular o lesión vascular.
- d) Orgánicas:
 - Hernia inguinal o crural postraumática.
 - Hidrocele.
- e) Infecciosas:
 - Infección del hematoma glúteo.
 - Artritis postraumática.

2. Complicaciones mediatas o alejadas

- a) Necrosis isquémicas de cabeza femoral (15%).
- b) Miositis osificante.
- c) Calcificaciones periarticulares.

Tratamiento

Si la lesión traumática es vista en forma inmediata al accidente, el tratamiento consiste en la reducción incruenta bajo anestesia general.

Si existe una fractura diafisaria femoral, la maniobra de reducción incruenta puede no ser satisfactoria. En tales casos puede ser necesario recurrir al uso de una tracción esquelética a través de la porción distal del fémur o de la porción proximal de la tibia, lo que generalmente no produce la reducción de la luxación. Los resultados satisfactorios de reducción cerrada, en tales casos, se obtienen con alguna forma de tracción esquelética aplicada al fragmento proximal, ya sea en forma cerrada o exponiendo el fragmento proximal sin exponer la cadena. De esta manera han actuado Henry y Bayami, Wiltberger, Mitchell y Hedrick, e Ingram y Turner⁷.

Después de reducida la luxación, la fractura femoral diafisaria puede tratarse con tracción esquelética, osteosíntesis estable con placa y tornillos, u osteosíntesis medular con clavo acerrojado.

De acuerdo con Sped, Stewart y Milford, no es necesario inmovilizar en forma prolongada las caderas. Por el contrario, es aconsejable la movilización temprana de las caderas con el objeto de lograr el máximo de función articular de las mismas, así como también de las rodillas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adovasio D: Un caso di lussazione traumatica bilaterale dell'anca.
2. Cornacchia M: Casistica rara: un caso di lussazione traumatica bilaterale dell'anca. Chir Org Mov,

- XXXVIII, 1.
3. Chiletto L, Tammaro C: Lussazione traumatica bilaterale d'anca. (Presentazione di un caso). *Chir Org Mov* 1982; LXVII (V): 575-581.
 4. De Paoli J, Abecasis L, Bromberg R: Luxación traumática de cadera. VII CAOT.
 5. Gibbs A: Bilateral obturator dislocation of the hip joint. *Injury*, 12: 250-251.
 6. Hill R, Chmell S: Contralateral anterior-posterior traumatic hip dislocations. *Orthopedics* 1990; 13: 87-88.
 7. Ingram A, Turner T: Bilateral traumatic posterior dislocation of the hip complicated by lateral fracture of the femoral shaft. Report of a case. *J Bone Jt Surg* 1954; 36-A (6): 1248-1255.
 8. Rath E, Levy O, Liberman N, Atar D: Bilateral dislocation of the hip during convulsions. A case report. *J Bone Jt Surg* 1997; 79-B (2): 304-306.
 9. Rocha Sole M, Herruzo Gallego F, Santamaría Oller J, Escudero Fernández A: Luxación traumática bilateral de cadera. A propósito de un caso de luxación mixta y revisión de la literatura. *Ref Ortop Traum* 1987; 31 IB (6): 575-577.
 10. Shannak A: Bilateral traumatic dislocation of the hips with ipsilateral femoral fracture. *Clin Orthop* 1987; 215: 125-129.
 11. Terahata N, Matsui H, Makiyama N: Bilateral anterior dislocation of the hips. *Int Orthop (SICOT)* 1996; 20: 125-126.
 12. Thompson V, Epstein H: Traumatic dislocation of the hip. A survey of two hundred and four cases covering a period of twenty one years. *J Bone Jt Surg* 1951; 33-A (3): 746-778.