

Hematoma espontáneo en la luxación congénita alta de cadera

Informe de un caso

MARTÍN BUTTARO, GASTÓN SLULLITEL y FRANCISCO PICCALUGA

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires

Caso clínico

Presentamos a una paciente de 72 años con antecedentes de displasia congénita de cadera bilateral grado IV de Crowe¹ (Fig. 1), sin antecedentes de trauma, malignidad, ingesta de aspirina ni terapia anticoagulante. Hasta marzo de este año la paciente deambulaba sin dolor y sin utilizar bastón. En abril presentó una coxalgia derecha de inicio súbito con impotencia funcional. Fue internada en otra institución por dolor, hematoma del muslo derecho con una caída del hematócrito de 10 puntos durante 48 horas y, sin diagnóstico, se le propuso una artroplastía total de cadera.

A los dos meses del inicio del cuadro consultó en nuestro servicio, con una marcha dolorosa menor de 50 metros con la ayuda de dos muletas.

En el examen físico la paciente presentaba una deformidad en flexión y dolor intenso en la cadera derecha. El rango de movilidad de esa cadera era 40° de flexión, 20° de abducción, 20° de aducción, 10° de rotación externa y 20° de rotación interna. La cadera izquierda tenía una movilidad de 90° de flexión, 40° de abducción, 40° de aducción, 40° de rotación externa y 40° de rotación interna. El examen neurológico de ambos miembros era normal. Los análisis de laboratorio mostraban una hemoglobina de 9,9 g/dl y un hematócrito de 28%, con uno previo de 38%. El coagulograma evidenciaba 178.000 plaquetas

por mm³, TTPA de 30,6 segundos, tiempo de protrombina de 17,4 segundos, tiempo de trombina de 23,4 segundos, una prueba de Quick de 60% y un fibrinógeno de 236 mg/ml.

En la resonancia magnética (RM) se observaba una colección anterior y posterior de 110 mm x 55 mm con alta señal en las imágenes que ponderan el T1 alrededor de la cabeza femoral derecha y el ilíaco (Fig. 2).

Con la sospecha de una colección hemática debido a una lesión vascular se solicitó una angiografía digital en la cual se evidenció un desplazamiento cefálico y posterior importante de la arteria glútea superior y sus ramas, con vasos de neovascularización y trombosis del posible vaso lesionado con compresión y desplazamiento por efecto de masa (Fig. 3).

La paciente fue tratada con drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada (TC) con un Abocath 14, evacuándose 80 ml de líquido sanguinolento que fue enviado a análisis bacteriológico e informado como negativo para infección.

Seis meses después del tratamiento, la paciente no presenta dolor y ha recuperado su estado funcional previo. El rango de movilidad derecha es 90° de flexión, 30° de abducción, 30° de aducción, 30° de rotación externa y 40° de rotación interna. La RM de control no presenta colecciones (Fig. 4).

Discusión

En la luxación congénita de cadera (LCC) tipo IV de la clasificación de Crowe,¹ la cabeza femoral articula con el ala ilíaca, superior y posterior a la cavidad acetabular; y existen alteraciones anatómicas nerviosas y vasculares. El contacto entre el extremo proximal del fémur y la pelvis es por lo general mínimo y en luxaciones posteriores pueden interponerse entre estas dos estructuras los músculos glúteos.⁴ Al no existir una verdadera artropatía degenerativa, estos pacientes refieren poco dolor.²

Recibido el 30-6-2003. Aceptado luego de la evaluación el 2-9-2003.
Correspondencia:

Dr. MARTÍN BUTTARO
Hospital Italiano de Buenos Aires
Potosí 4215 (C1199ACK) Buenos Aires, Argentina.
Tel. - Fax: 4959-0200 int. 8314
E-mail: cadera@hospitalitaliano.org.ar

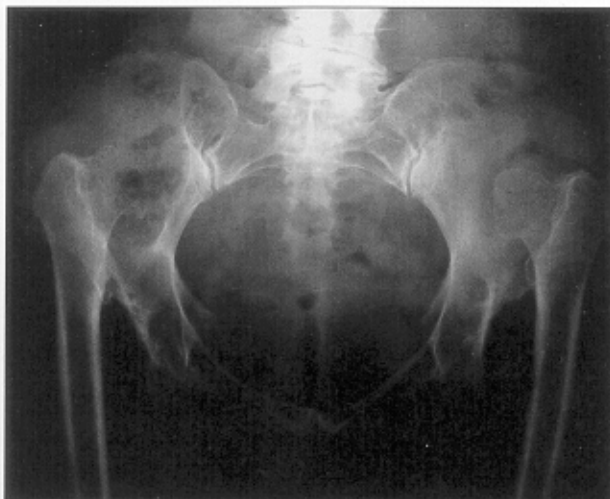


Figura 1. Radiografía de pelvis frente en la que se observa luxación congénita alta de cadera bilateral.

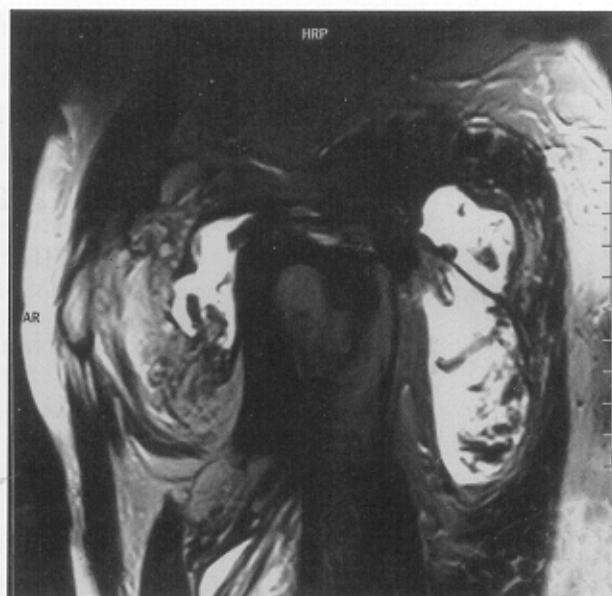


Figura 2. Colección anterior y posterior en el corte sagital de T1 de RM alrededor de la cabeza femoral derecha y el hueso iliaco.



Figura 3. Arteriografía digital sustractiva en la que se evidencia desplazamiento de la arteria glútea superior con elongación de las ramas periféricas y neovascularización con trombosis vascular (flecha). 1: arteria hipogástrica, 2: arteria glútea superior, 3: rama superficial de la arteria glútea superior, 4: rama profunda de la arteria glútea superior.



Figura 4. RM de control seis meses después del drenaje bajo TC en la cual se evidencia la ausencia de colección.

Un hematoma espontáneo en la luxación congénita alta de cadera es una asociación excepcional, por lo que creemos importante informar sobre el primer caso. Esta asociación debería ser considerada en un paciente con coxalgia aguda que presente esta condición.

Lumbalgia, acortamiento del miembro inferior si es unilaterial y una marcha alterada son las típicas molestias que refieren estos pacientes. Cuando ambas caderas están luxadas, la discrepancia de los miembros y la lumbalgia casi siempre están ausentes.² Algunos autores consideran que este tipo de enfermos deberían ser desalentados para el tratamiento quirúrgico debido a la complejidad técnica y al hecho de que estarían sometidos a una operación riesgosa sin mejorar la marcha, la cual está relacionada con la alteración en el desarrollo del mecanismo abductor.³

La cirugía reconstructiva en la displasia y la luxación congénita de la cadera suele ser más compleja que la de

una cadera con patología primaria, requiere experiencia y especial atención a detalles específicos de técnica. Cualquier intento para elongar el miembro comprometido puede afectar la integridad y funcionalidad de estructuras neurovasculares. Una artroplastia total de cadera hubiese sido un procedimiento altamente demandante desde el punto de vista técnico en esta paciente, con un riesgo potencial de sangrado masivo intraoperatorio. A su vez, en este caso se hubiese requerido una artroplastia total de cadera contralateral para igualar la discrepancia de miembros y restaurar la biomecánica de la cadera.

Consideramos como mecanismo de sangrado la presión directa que ejerce la cabeza femoral displásica contra el hueso ilíaco, con la interposición de estructuras vasculares entre ambos. Si se produce un nuevo sangrado o existe una indicación de cirugía, creemos útil la embolización selectiva de las ramas accesorias de la arteria glútea superior.^{5,6}

Referencias bibliográficas

1. **Crowe JF, Mani VJ, Ranawat CS.** Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. *J Bone Jt Surg (Am)*;61(1):15-23;1979.
2. **Dunn HK, Hess WE.** Total hip reconstruction in chronically dislocated hips. *J Bone Jt Surg (Am)*;58(6):838-845;1976.
3. **Eftekhari NS.** Variations in technique and specific considerations. En: Eftekhari NS. *Principles of total hip arthroplasty*. St. Louis: Mosby; 1978.pp.437-455.
4. **Kerboull M, Hamadouche M, Kerboull L.** Total hip arthroplasty for Crowe type IV developmental hip dysplasia: a long-term follow-up study. *J Arthroplasty*;16(8)S1:170-176;2001.
5. **Miller ME, Niemann KM, Meyer RD, et al.** Arteriographic embolization for control of excessive blood loss complicating revision of total hip arthroplasty. A case report. *J Bone Jt Surg (Am)*;65(6):848-850;1983.
6. **Stock JR, Harris WH, Athanasoulis CA.** The role of diagnostic and therapeutic angiography in trauma to the pelvis. *Clin Orthop*;(151):31-40;1980.