

LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA ANTERO INFERIOR CON FRACTURA POR IMPACTACION DE CABEZA FEMORAL Y FRACTURA MARGINAL DE ACETÁBULO. REPORTE DE UN CASO

Autores: *Merchán Cepeda Manuel Alejandro¹, Pallares Cujia Eduardo Luis², Roa German³*

- 1. Medico general – Epidemiólogo
- 2. Medico general – Líder medico
- 3. Ortopedista y traumatólogo, sub especialista oncología– Coordinador del Servicio de Ortopedia

Método
Reporte de caso

Institución
Clínica Alcalá Traumatología Y Medicina Deportiva, Bogotá D.C - Colombia



INTRODUCCIÓN

Las luxaciones traumáticas de cadera en general se dividen en (posteriores y anteriores en proporción 9:1) considerándose estas últimas son eventos raros correspondiendo aproximadamente al 2-5 % del total de las luxaciones en Europa, (1),este tipo de luxaciones se subdividen según la ubicación geo esférica en anterior, las cuales se subdividen en anterior pura e inferior u obturatriz siendo esta la mas frecuente (2). EL 1% son bilaterales , su etiología más frecuente corresponde a accidentes de alta energía de predominio accidentes de tránsito, y suelen asociarse a otras fracturas en la anatomía en hasta el 95% de los casos(2), La mayoría de las luxaciones de cadera suelen ser manejadas mediante reducción cerrada y en menos proporción reducción abierta, dichas lesiones suelen ser incapacitantes, generan secuelas funcionales y anatómicas como la osteonecrosis aséptica, artrosis, lesión neurológica, calcificaciones heterotópicas e inestabilidad articular con alto riesgo de luxación recidivante , es por esto una de las urgencias ortopédicas,cuyo desenlace suele ser insatisfactorio hasta el 50% de los casos,dado que afectan la vitalidad ósea, y por ende el pronóstico y calidad de vida del paciente, estas ultimas variables son dependientes de la temporalidad y oportunidad del manejo.

REPORTE DE CASO

Un hombre de 38 años de raza mestiza, sin antecedentes relevantes, ingreso en el servicio de urgencias de una clínica de trauma en Bogotá Colombia luego de presentar trauma directo en cadera, rodilla y tobillo izquierdo con posterior deformidad y limitación funcional secundario a caída en motocicleta a una velocidad aproximada de 90 km/hora, en calidad de motociclista. al examen físico de ingreso llama la atención miembro inferior izquierdo: con flexión de la cadera, rodilla en abducción y rotación externa en (posición impúdica) con abrasiones y quemaduras por fricción en cadera izquierda, sin déficit neurovascular distal.

La evaluación radiológica de pelvis anteroposterior revela luxofractura anteroinferior de cadera izquierda con fractura de reborde inferior acetabular (Fig. 1) por lo que se hizo necesario la realización de Tomografía axial simple de pelvis con reconstrucción 3D evidenciado además bloqueo por mínimos fragmentos extra articulares asociado a fractura marginal por avulsión de cabeza femoral con compromiso subcondral (Fig. 2) (Fig. 3). Es llevado a cirugía de urgencia donde Por medio de una reducción cerrada por maniobras externas, utilizando la maniobra de Allis modificada, en el que ante la palpación y audición se percibe clic, la cadera se flexiona suavemente a 90°, y se aplica tracción vertical en el fémur dando por terminado el procedimiento a las 4 horas posteriores al ingreso. La radiografía y tomografía axial simple post reducción (Fig.4) se evidencio la articulación coxofemoral reducida con adecuada congruencia articular. Con los diagnósticos documentados se indicó al paciente egresó, con restricción del apoyo por 4 semanas y uso de silla de ruedas. Se explicó claramente las posibles complicaciones y secuelas, así como el requerimiento de procedimientos adicionales, igualmente se le explico el deseo de realizar este escrito con base en su caso clínico.

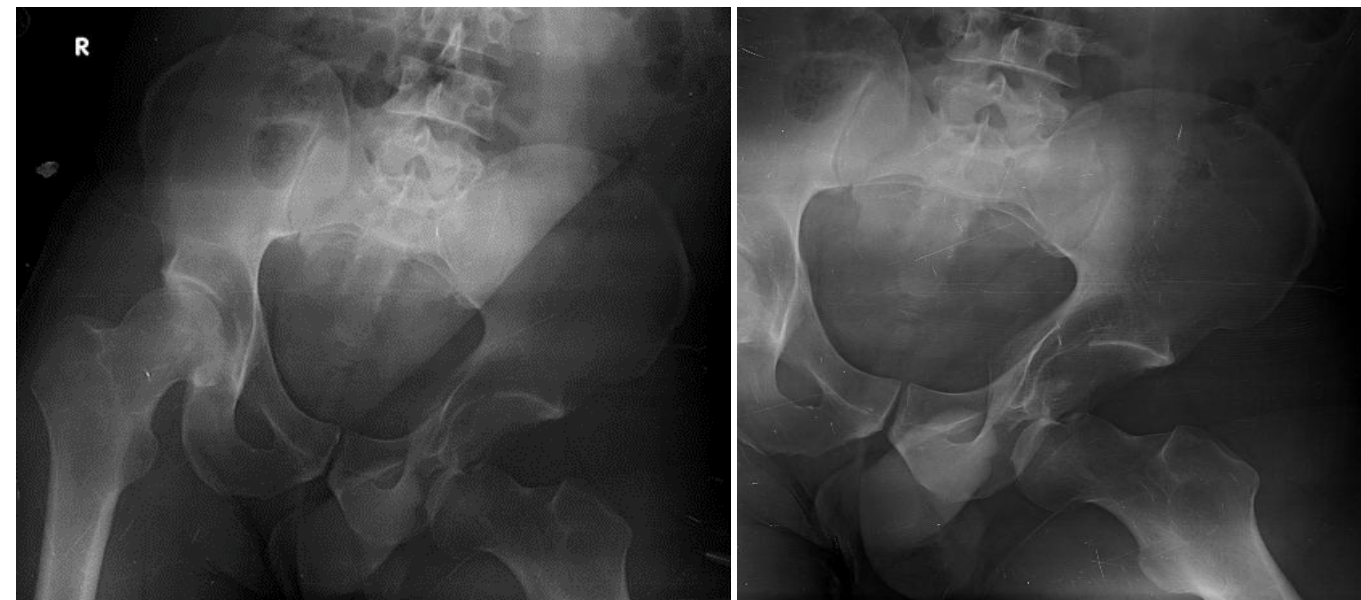


Figura. 1



Figura. 2



Figura. 3

DISCUSIÓN

La luxofractura anteroinferior de cadera traumática es una emergencia ortopédica, cuya cuestión fundamental radica en el intervalo crítico entre la lesión y la reducción, al igual que su clasificación evaluando el tipo de lesión para definir la intervención y la duración de la inmovilización puesto que solo así se pueden prever resultados.

Es importante el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la reducción. El riesgo de necrosis avascular disminuye 50% si la reducción se realiza antes de las primeras 12 horas y 80% si se reduce antes de las primeras seis horas, en este caso en mención se realizó reducción cerrada bajo anestesia con relajación muscular completa que es esencial para realizar la maniobra adecuada la cual se logró en quirófano. Con respecto a la imagenología es conveniente determinar con exactitud si se trata de una luxación simple o de una luxofractura asociada, es necesario realizar las proyecciones oblicuas a 45 grados de Judet y una TAC post-reducción, con la cual se podrán valorar la congruencia articular, la concentricidad de la reducción y la interposición de fragmentos que pueden o no ser identificados en placas simples.

Algunos autores han mostrado peor pronóstico en pacientes con lesiones severas asociadas, Onyemaechi et analizaron 48 pacientes con 50 luxaciones de cadera. El rango de edad fue de 18 a 67 años con una edad media de 34,8 años, donde cuarenta y siete caderas (94%) se trataron mediante reducción cerrada primaria, dos caderas (4%) se trataron con reducción abierta y un paciente (2%) se sometió a artroplastia de escisión de Girdlestone. Treinta y seis caderas (73,5%) se redujeron a las 12 horas de la lesión con buenos resultados mediante la reducción cerrada temprana y estable de estas lesiones con inmovilización de las caderas afectadas(3).

Dentro de las complicaciones más frecuentes encontramos la necrosis de la cabeza femoral que ocurre entre el 5 y el 40% de todas las luxaciones de cadera, y se ha sugerido que este riesgo aumenta con el tiempo entre la lesión y la reducción. Sahin et al. mostraron mejores resultados en pacientes cuya reducción se realizaba en las primeras 12h tras la lesión inicial respecto a los casos con una reducción más tardía (6).otras complicaciones descritas fueron La artrosis postraumática es la complicación a largo plazo más frecuente y se asocia con fracturas acetabulares o de la cabeza femoral, Moreta et al demostraron una fuerte asociación entre fragmentos intraarticulares y la aparición de artrosis y rigidez, encontrando que el 13,3% de los pacientes que sufrieron una luxación compleja presentaban signos radiográficos de osteoartrosis(5). Otro hallazgo significativo es el tromboembolismo ya que tiene mayor riesgo debido a la inmovilidad posterior a la lesión, así como la lesión de la íntima vascular relacionada con la tracción. La tromprofilaxis debe ser el estándar para este grupo. (4) se ha descrito Lesión neurovascular, aunque se ha documentado sobre lesiones a nivel de nervio femoral o de la vasculatura proximal, sigue siendo relativamente rara.

CONCLUSIONES

Las luxofracturas anteroinferiores son extremadamente raras, siendo estas emergencias ortopédicas, cuyo reconocimiento y diagnóstico rápido son imprescindibles para el tratamiento y prevención de complicaciones a largo plazo. Por lo anterior se hace necesario realizar una anamnesis completa y un examen físico suficiente, con el fin de orientar el diagnóstico inicial de esta patología, Una vez reducida, se deben valorar las lesiones asociadas para realizar un tratamiento correcto de las mismas.

Algunos autores recomiendan evitar la carga precoz para disminuir el riesgo de desarrollar una necrosis avascular de cabeza femoral. De cara al futuro, se está intentando usar la RMN para saber en qué momento se debe permitir la carga para evitar la aparición de la necrosis avascular, aunque hasta este momento no se tienen evidencias claras. De igual forma se encuentra como herramienta diagnostica el uso de gamagrafía ósea para determinar la vitalidad ósea, se llegó al consenso que los pacientes en los que se redujo en las 6 primeras horas, deberán guardar reposo durante dos semanas, seguido de movilización pasiva, evitando los últimos grados de movilidad durante las 6-8 primeras semanas para permitir la cicatrización de la cápsula. Se puede permitir la carga de forma parcial a partir de la 2ª-3ª semana, hasta la carga total en la sexta semana. Para aquellos casos en los que la reducción se ha realizado después de las 6 primeras horas y aquellos pacientes en los que se precisó reducción abierta, se recomienda no permitir la carga total hasta las 8-12 semanas, al igual que se recomienda prescribir la tromboprofilaxis con el fin de mitigar las complicaciones inherentes a la estasis vascular.

BIBLIOGRAFIA

1. Payo Rodríguez, J. Ibarzabal Gil, A. Rodríguez Merchán, E. C. Luxación traumática de cadera Traumatic dislocation of the hip. 8, 4ªA. 28007. Mapfre.com. Disponible en: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol4-n3-art2-cadera.pdf>.
2. Moreta J, Foruria X, Sánchez A, Aguirre U. Factores pronósticos tras una luxación traumática de cadera. Un estudio retrospectivo a largo plazo. Rev Esp Cir Ortop Traumatol.2017 noviembre - diciembre;61(6): 367-374.Lima LC, do Nascimento RA, de Almeida VMT, Façanha Filho FAM. Epidemiology of traumatic hip dislocation in patients treated in Ceará, Brazil. Acta Ortop Bras. 2014;22(3):151–4.
3. Reyes Cabrera JM, Caballero Trenado JV, Ganso Pérez A. Fractura-luxación de cabeza femoral asociada con fractura acetabular. Reporte de un caso. Rev colomb ortop traumatol. 2015;29(4):152–7.
4. E. Clegg, Craig S. Roberts *, Joseph W. Greene, Brad A. Prather Department of Orthopaedic Surgery, University of Louisville School of Medicine, Louisville, KY 40202, US, Epidemiology, treatment, and outcomes Travis