

# Luxación traumática de cadera: series de casos y revisión de la literatura

Jesús Zordán, Hernán Rodríguez, Marcos Barengo, Sergio Emanuel Ronconi

Hospital José María Cullen. Santa Fe. Santa Fe. Argentina

Contacto:  
Jesús Zordán  
Email:  
jesuanzordan@gmail.com

Nivel de evidencia: 4 serie de casos.  
Sin soporte financiero.

## RESUMEN

La luxación anterior traumática de cadera es una lesión poco frecuente y se produce habitualmente por traumatismos de alta energía. Este tipo de luxación requiere maniobras especiales para su reducción cerrada, aunque en determinadas ocasiones se requiera de reducción abierta. En nuestra serie presentamos tres casos, uno de ellos secundario a un mecanismo de baja energía sin antecedentes patológicos conocidos (primer caso) y los restantes dos casos secundarios a mecanismo de alta energía. Dada urgencia de dicha patología se realizó reducción cerrada al ingreso. El tratamiento definitivo fue conservador en los dos primeros casos, en el tercer paciente no se pudo completar el tratamiento debido a que el mismo falleció dentro de las 24 horas secundario a lesiones asociadas. El pronóstico de una luxación de cadera depende tanto de la gravedad de la lesión así como del tiempo que se tarda en realizar su reducción, por el riesgo de desarrollo de necrosis avascular. La luxación anterior de cadera tiene mejor pronóstico que la luxación posterior cuando se realiza un tratamiento temprano adecuado.

**Palabras clave:** luxación anterior de cadera, cadera, luxación coxofemoral, luxación obturatriz.

## ABSTRACT

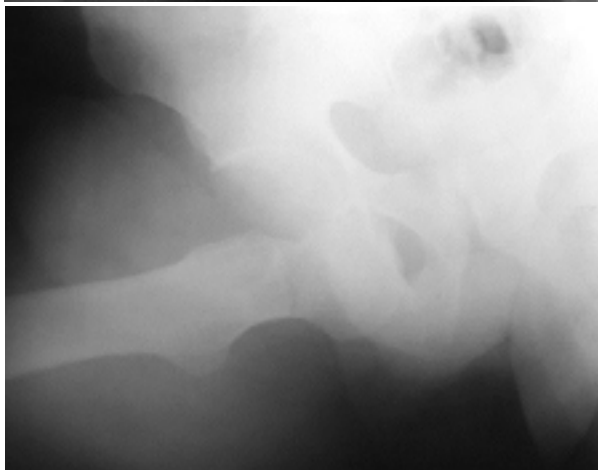
The anterior traumatic hip dislocation is a rare injury and is usually produced by high-energy trauma. This type of dislocation requires special maneuvers for closed reduction, although in some cases required open reduction. In our series we present three cases, one of them secondary to a low-energy mechanism without known medical history (first case) and the remaining two, secondary to high-energy mechanism cases. Given the urgency of this pathology, closed reduction was performed at admission. The final treatment was conservative in the first two cases, the third one could not complete the treatment because the patient died within 24 hours due to associated injuries. The prognosis of a traumatic hip dislocation depends on the severity of the injury and the time it takes to perform the reduction, which is related to the risk of developing avascular necrosis. The anterior traumatic hip dislocation has better prognosis than posterior dislocation when appropriate early treatment is done.

**Key words:** Anterior dislocation of the hip; hip; hip dislocation; obturator dislocation

## Presentación de casos

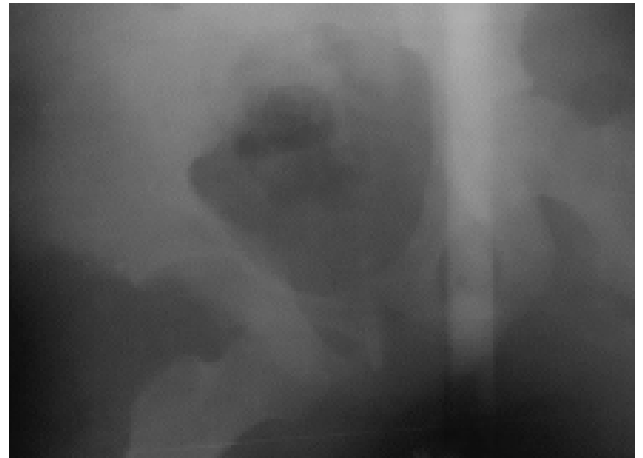
### Primer caso

Paciente de sexo masculino de 62 años de edad que ingresa por coxalgia derecha tras una caída de 80 centímetros aproximadamente. El mismo refiere estar de pie a nivel del tercer escalón de una escalera plegable, momento en que su cuerpo pierde el equilibrio en dirección posterior quedando el pie derecho fijo y tras un mecanismo de abducción y rotación externa comienza con coxalgia derecha. Es derivado a nuestro nosocomio con 3 días de evolución (desde el momento del accidente el paciente permaneció en reposo absoluto sin poder deambular). A la inspección, se observa el miembro inferior derecho en flexión, abducción y en rotación externa. Ante la imposibilidad de extender el miembro se decide realizar radiografía de frente de ambas caderas (Figura 1) y frente de cadera derecha (Figura 2). Tanto en la figura 1 como en la figura 2, se puede observar una pérdida de relación de la articulación coxofemoral derecha, con un desplazamiento de la cabeza femoral en dirección anterior sobre el agujero obturador. Se clasifica la lesión como luxación traumática anterior de cadera.



### Segundo caso

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad que ingresa a nuestro servicio por dolor e impotencia funcional a nivel de su cadera derecha tras accidente en la vía pública (caída en moto a velocidad). A la inspección se observa miembro inferior en flexión, abducción y en rotación externa. Luego del examen físico se decide realizar estudios por imágenes (figuras 3 y 4). En ambos estudios se puede evaluar una pérdida de relación a nivel de la articulación coxofemoral derecha en dirección anterior variante obturatriz.

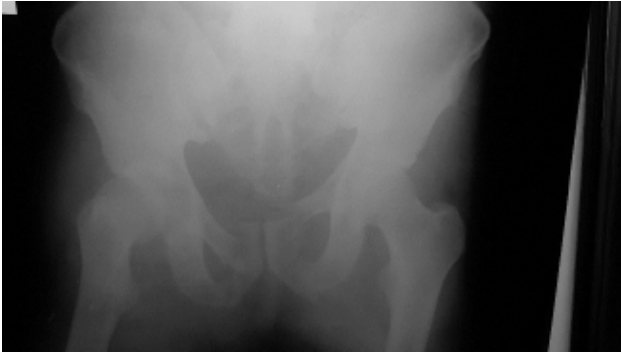


### Tercer caso

Paciente de sexo masculino de 74 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por inestabilidad hemodinámica secundario a politraumatismo grave tras accidente agrario (aplastamiento por cosechadora). Al ingreso el paciente se encontraba con alteración del estado de conciencia (Escala de Glasgow de 7/15) con excitación motriz asociado a pelvis inestable. A la inspección, el miembro inferior derecho se encuentra en flexión, abducción y rotación externa. Se solicita radiografía y tomografía al ingreso (figuras 5 y 6) y se realiza el diagnóstico de fractura de pelvis C2 según Tile (fractura transforaminal en alerón sacro izquierdo,

más fractura bilateral de ramas íleo e isquiopubiana); asociada a luxación coxofemoral anterior, variante superior o púbica de cadera derecha.

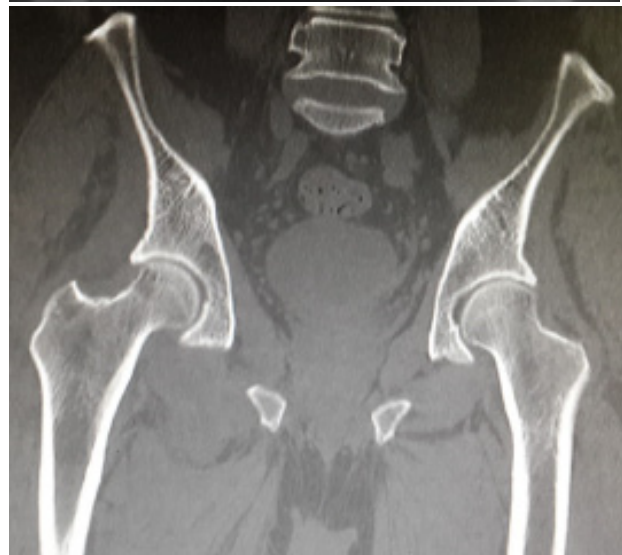
Dada la jerarquía de dicha patología presentada en los 3 casos anteriores, se decide realizar reducción cerrada bajo anestesia general y control con radioscopia.



#### Técnica de reducción

Para realizar la misma se requirió de tres ayudantes, el primero colocando ambas manos y ejerciendo resistencia anterosuperior en ambas espinas ilíacas, un segundo ayudante de pie sobre la camilla del paciente ejerciendo tracción al eje con ambas manos a nivel de tercio proximal y posterior de pierna, para lo cual se debió flexionar la rodilla derecha del paciente a 90°, y por último un tercer ayudante se ubica ipsilateral a la luxación coxofemoral y tracciona en sentido lateral tomando al muslo por su cara interna a nivel del tercio proximal. Mientras el segundo ayudante ejerce tracción al eje y rotación interna, el tercer ayudante ejerce tracción lateral. Una vez percibido el resalte de reducción, se controla la estabilidad clínica

y se evalúa bajo control radioscópico su reducción. Posteriormente se realizan radiografías y tomografía de control (figuras 7 y 8).



#### Discusión

La luxación traumática anterior de cadera es una patología de baja frecuencia. Según Epstein, constituye el 12% de las luxaciones traumáticas de cadera (1) y se encuentra ligada en su mayoría a traumatismos de alta energía (accidentes de tránsito como causa principal, caídas de altura, y en menor frecuencia, deportes de contacto) debido a la estabilidad intrínseca de dicha articulación. (2)

La luxación coxofemoral se clasifica según la posición de la cabeza femoral y su relación con el acetábulo en posterior, central y anterior. Esta última se subclasifica según Epstein y Harvey en inferior u obturatriz (si la cabeza femoral se ubica anterior al agujero obturador), y en superior o púbica (si la cabeza

femoral se ubica anterior a la rama iliopubiana). De dicha subclasificación, más del 70% corresponde a la variante obturatriz. (3)

Las lesiones asociadas que se suelen hallar son las fracturas impactadas de la cabeza femoral, que aparecen aproximadamente en el 15-35% de los casos, mientras que las fracturas del acetábulo son menos frecuentes y sólo ocurren en el 4% de los casos. (4)

Los estudios biomecánicos en cadáveres han demostrado que la fuerza en extensión, abducción y rotación externa de la cadera produce una luxación coxofemoral anterior púbrica y, por otro lado, la fuerza en flexión, abducción y rotación externa produce la variante obturatriz. (5, 6)

Radiográficamente, la luxación anterior coxofemoral puede confundirse con su variante posterior. Para poder diferenciar ambos casos hay que observar el trocánter menor y la cabeza femoral, ya que cuando la cabeza femoral se encuentra en rotación externa, el trocánter menor se hace prominente. Lo contrario ocurre en la luxación coxofemoral posterior. (7)

Dicha patología es considerada una urgencia en la traumatología, por lo tanto su reducción se debe

realizar lo antes posible y bajo anestesia general. Si dicha reducción se realiza antes de las 6 horas, Hougaard y Thomsen hallaron una tasa de osteonecrosis femoral del 4,8%. Pasadas las 6 horas, esta tasa asciende. (8) Según Brav CEA, el pronóstico general de osteonecrosis para una luxación anterior de cadera es del 9%. (9)

La técnica de reducción cerrada se lleva a cabo por tracción y contracción. En el caso de desplazamiento superior, la tracción se lleva a cabo hasta que la cabeza femoral se nivela con el acetábulo, y luego se realiza una rotación interna hasta sentir el resalto de reducción. El 2-15% de las luxaciones de cadera suelen requerir una reducción quirúrgica abierta habitualmente por atrapamiento en un ojal de la cabeza femoral o por interposición de músculo o fragmento óseo; (10)

Se recomienda realizar una tomografía computarizada luego de su reducción para valorar posibles fracturas que no se vean en la radiografía simple. (11) Se aconseja realizar un seguimiento con radiografías de control cada 3-6 meses hasta los 2 años tras la lesión para valorar la aparición de una posible osteonecrosis de la cabeza femoral y realizar el tratamiento oportuno de la misma. (12)

## Bibliografía

1. Epstein HC, Harvey JP. Traumatic anterior dislocation of the hip: management and results. *J Bone Joint Surg Am.* 1972; 54: 1561-70.
2. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1973; 116-42.
3. Clegg E, Roberts C, Greene J, Prather B. Hip dislocations, epidemiology, treatment and outcomes. *Injury.* 2010;41:329-34.
4. Erb RE, Steele JR, Nance Jr EP, Edwards JR. Traumatic anterior dislocation of the hip: spectrum of plain film and CT findings. *Am J Roentgenol.* 1995;165(5):1215-9.
5. Rockwood C, Green D, Bucholz R. *Rockwood and Green's fractures in adults.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.1716-52.
6. Amihoud S. Anterior dislocation of the hip. *Injury.* 1975;7(2):107-10.
7. Obakponowwe O, Morrell D, Ahmad M, Nunn T. Traumatic hip dislocation. *Orthop Trauma* 2011;25:214-22.
8. Hougaard K, Thomsen PB: Coxarthrosis following traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg.* 1987 Jun;69(5):679-83.
9. Brav CEA. Traumatic dislocation of the hip. Army experience and results over a twelve year period. *J Bone Joint Surg.* 1962; 44A: 1115-34.
10. Tornetta P, Mostafavi H. Hip dislocation: current treatment regimens. *J Am Acad Orthop Surg.* 1997;5:27-36
11. Blacksin M, Zurlo J. Computed tomographic findings after anterior dislocation of the hip. *Emergency Radiology.* 1997;4:375-9.
12. Sahin V, Karakaş ES, Aksu S, Atlihan D, Turk CY, Halici M. Traumatic dislocation and fracture-dislocation of the hip: a long-term follow up.