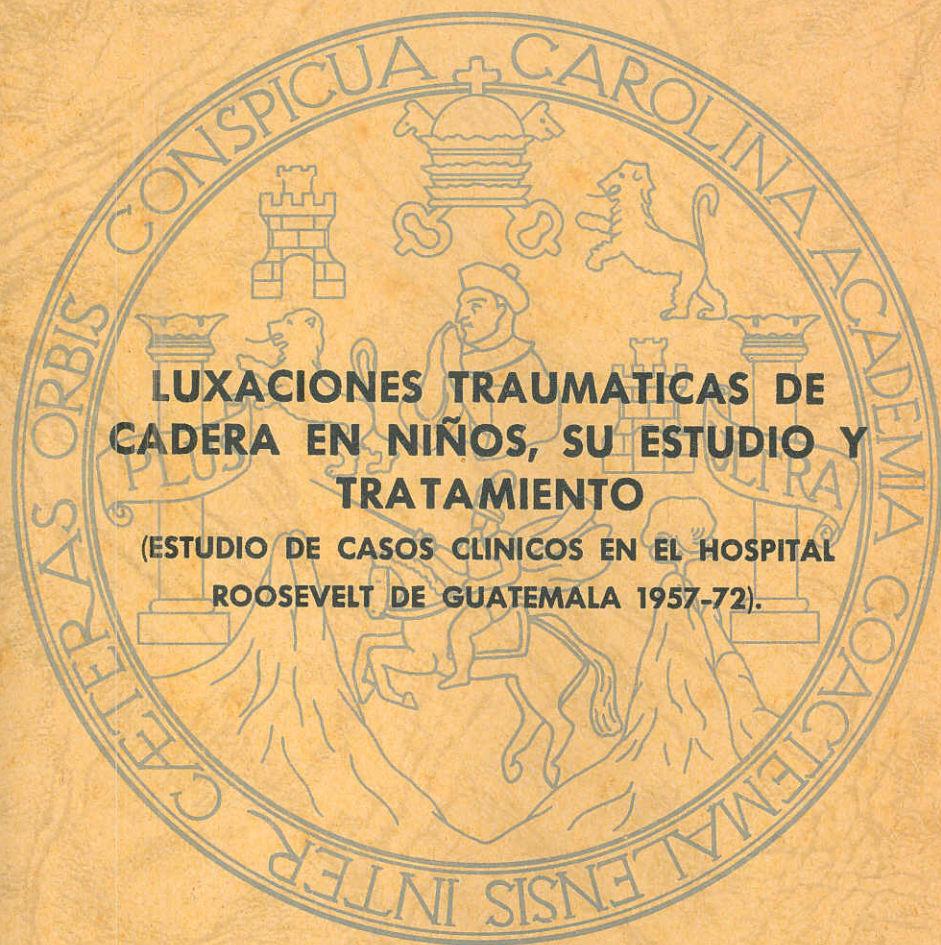


73

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**LUXACIONES TRAUMATICAS DE
CADERA EN NIÑOS, SU ESTUDIO Y
TRATAMIENTO**

**(ESTUDIO DE CASOS CLINICOS EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DE GUATEMALA 1957-72).**

HECTOR GUSTAVO MORALES CASTAÑEDA

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CONSIDERACIONES GENERALES:

- a) Anatomía de la articulación coxofemoral
- b) Etiopatogenia de la luxación traumática de la cadera.
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico y complicaciones

III. OBJETIVOS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. RESULTADOS Y DISCUSION

VI. CONCLUSIONES

INTRODUCCION

Como rama de la Medicina, la Traumatología siempre tendrá un vínculo estrecho; hombre-ambiente-enfermo, de ahí, que será inherente a ella: corregir o atenuar sufrimientos, descubrir las causas que entorpecen nuestro paso por la vida, etc.

En el presente trabajo, no se crea nada nuevo, sólo se pretende poner en relieve el tratamiento adecuado, bajo un diagnóstico correcto y firme decisión, y sobre todo, la evolución posttraumática del ser humano.

El conocimiento correcto del área anatómica lesionada, es determinante en los resultados que pueden esperarse. Por ello, se inicia el presente trabajo, efectuando un recordatorio sobre la anatomía de la articulación coxo-femoral y sus relaciones. Luego se tratará sobre la etiopatogenia de la lesión, así como su tratamiento y pronóstico.

El interés fundamental de todo lo anterior, radica en la valoración juiciosa y crítica que puede efectuarse al analizar los pocos casos de Luxaciones Traumáticas de Cadera en Niños, con su respectivo tratamiento y sobre todo, el resultado obtenido.

Al final, el presente trabajo nos dará oportunidad de formarnos una crítica constructiva sobre lo adecuado o no del tratamiento Hospitalario y sus resultados, en vías de estabilización o mejoras para la rehabilitación del paciente traumatizado.

a) Anatomía de la Articulación Coxofemoral:

En la articulación coxo-femoral, una enartrosis (10) situada aproximadamente a 1.25 cm. por abajo del tercio medio del arco crural, la cabeza del fémur, de forma esférica, encaje en la cavidad cotiloidea del coxal; la cavidad es completada por el ligamento transversal del acetábulo, que se extiende entre los

labios de la escotadura isquiopubiana y su profundidad aumenta por virtud de un collar fibro-cartilaginoso duro, el rodete cotiloideo, que extiende la cavidad más allá del ecuador de la cabeza del fémur.

Las superficies articulares se adaptan de manera tan exacta que basta un pequeño defecto para trastornar gravemente el movimiento; ésto se pone de manifiesto en la postura corporal, incluso cuando el individuo está en reposo.

Por fuera, la cápsula articular está reforzada por tres fascículos, los ligamentos pubiofemoral, isquiofemoral, e iliofemoral. De éstos, el ligamento iliofemoral es el más fuerte, tanto así que con el sujeto de pie y los músculos relajados, puede impedir que la pelvis se incline hacia atrás sobre las cabezas femorales por acción del peso corporal.

El ligamento redondo del fémur, aplanado y de forma prismática triangular, nace del ligamento transverso del acetábulo y de los bordes de la escotadura isquiopubiana; su función, es la de transportar vasos sanguíneos.

b) Etiopatogenia de la Luxación Traumática de la Cadera:

La luxación traumática de la cadera, es ocasionada por traumatismos indirectos de gran violencia. Generalmente, al actuar la fuerza en la extremidad distal del fémur, cadera y rodilla se encuentran en flexión. La fuerza es transmitida por la cabeza contra la porción posterior de la cápsula y la ceja de la cavidad cotiloidea.

Si el fémur está en aducción (3), la cabeza sale hacia un lado desgarrando el ligamento redondo y la cápsula, luxándose hacia atrás. Si el fémur está en una posición más neutra, o en abducción, la fuerza se ejerce contra la porción posterior de la ceja cotiloidea, que puede fracturarse y desplazarse hacia atrás

permitiendo la salida de la cabeza. Esta puede desalojarse hacia arriba sobre el ilíaco o si la cadera está muy flexionada, caerá en la escotadura ciática, lesionando el nervio del mismo nombre. La luxación posterior, que por frecuencia es la que más se presenta, produce generalmente acortamiento, rotación interna y aducción del fémur. El acortamiento se debe a los músculos largos del muslo, aductores, flexores y extensores. La aducción es producida por los músculos aductores; la rotación interna, por la posición de la cabeza y el cuello contra la parte posterior del ilíaco o en la escotadura ciática.

Menos frecuentemente la luxación anterior (7) es producida por una violenta torsión con el muslo en abducción externa. Este mecanismo lleva la cabeza sobre la ceja inferior, poco prominente de la cavidad cotiloidea, atravesando la cápsula articular.

El impulso de rotación, luxa la cabeza hacia adelante, pudiendo llevarla hacia el agujero obturador o desalojarla hacia arriba sobre el púbis. El miembro suele estar girado hacia afuera y en abducción, pero sin acortamiento.

El lugar que ocupa finalmente la cabeza (9), rige la clasificación de la luxación, que puede ser posterior, ilíaca o isquiática y anterior, pubiana u obturatriz.

La luxación central ocurre al fracturarse el fondo de la cavidad cotiloidea y penetrar la cabeza en la pelvis. Esta grave lesión se acompaña siempre de desgarres musculares.

c) Tratamiento

Existen dos métodos:

- a) Reducción cerrada
- b) Reducción abierta o cruenta

La reducción de la luxación puede ser efectuada por maniobras externas, aplicando en sentido inverso las fuerzas que produjeron la luxación. Allis, Bigelow y Stimson han descrito diferentes procedimientos manuales.

El de Allis (3), el más empleado, coloca al paciente en decúbito supino con la cadera y rodillas flexionadas y el muslo en abducción. Se hace tracción longitudinal de la rodilla en flexión y con maniobras de rotación interna y externa, se lleva la cabeza nuevamente a la cavidad cotiloidea, la reposición se acompaña de un ruido sordo y queda estable. Con la cadera en extensión abducción y rotación externa moderada, se aplica una spika de yeso moldeada sobre la cadera para evitar la recidiva de la luxación dejándola por tres meses o más.

Si el fragmento cotiloideo no puede reinstalarse, pero la cadera es estable, la luxación se trata en forma semejante.

Si la reducción es inestable (1), hay que fijar el fragmento con clavos en forma adecuada, con reducción abierta. Alguna vez un fragmento de la cabeza se desprende y permanece en la cavidad cotiloidea, impidiendo la reducción, entonces se debe efectuar reducción abierta extrayendo el fragmento óseo.

Las luxaciones anteriores (6), se reducen con tracción en la misma posición de flexión de cadera y rodilla. El fémur se gira lentamente cerca de 90° lo que lleva la cabeza hacia adentro, próxima a la escotadura cotiloidea inferior. La rotación interna se hace cuidadosamente con el muslo en abducción y extensión, forzando la cabeza a través del desgarre inferior de la cápsula. La inmovilización se efectúa vendando los miembros juntos para evitar la abducción y la rotación externa durante tres semanas como mínimo.

Después de reducir e inmovilizar luxaciones anteriores o posteriores, el paciente empleará muletas durante no menos de

dos meses desde el momento de la luxación. Deben efectuarse regularmente ejercicios activos de cadera, muslo y pierna para rehabilitar los músculos y de éste modo poder recuperar la movilidad articular.

d) Pronóstico y Complicaciones

Después de la luxación de la cadera (4), cabe esperar una función adecuada del miembro, siempre que no se produzca necrosis aséptica de la cabeza femoral o artrosis, siendo éstas las principales complicaciones que se hallan en los casos poco satisfactorios; de ello la importancia de la reducción rápida de la luxación.

El factor más importante en prevenir una o ambas complicaciones, es la reducción rápida y segura de la luxación, en casi ninguno de los casos el resultado es bueno, cuando la cadera no ha sido reducida en la primeras veinticuatro horas de haber sufrido el traumatismo. Stewart y Mildford (3), de 128 casos que estudiaron, la necrosis aséptica de la cabeza femoral fue de un 21 o/o. En la Clínica Campbell, se comprobó que el tiempo promedio para que una necrosis aséptica llegue a ser clínicamente manifiesta es de 17 meses después de haber sufrido el traumatismo, en ninguno de los casos, esta complicación apareció después de los dos años.

Al luxarse la cabeza femoral (12), el ligamento redondo también se rompe, por ende, queda anulado el aporte vascular que provee esta fuente. Si la circulación de los vasos de la parte posterior de la cápsula también resulta afectada, la necrosis aséptica es un hecho probable.

En algunos lugares (5), se recomienda proteger la cadera de ningún apoyo por 6-12 meses, para prevenir la necrosis aséptica. En la Clínica Campbell, no se comprobó que tal medida pueda prevenir la complicación, conservan la teoría de que si la

reducción fue estable, no hay razón para impedir el apoyo por tan largo tiempo, sino recomiendan, que si la cadera llega a ser dolorosa, se le protegerá impidiendo el apoyo hasta que desaparezca el dolor o hasta que se justifique algún otro tratamiento. Cuando la necrosis de la cabeza llega a ser lo bastante dolorosa como para ser intervenida quirúrgicamente, es posible tratarla por la colocación de una prótesis, por una osteotomía de apoyo pelviano o por una artrodesis. Estas operaciones son necesarias, ya que el total de la cabeza femoral está destruida y es necesaria su extirpación.

En niños (11), se indica el reposo en cama durante tiempo bastante prolongado como tratamiento de necrosis aséptica secundaria a luxación, pudiendo hacer uso además de tracción cutánea.

Después de una luxación de la cadera, la frecuencia y gravedad de la artrosis, es proporcional a la gravedad de la lesión del tejido óseo y a la extensión del daño a las partes blandas. Stewart y Mildford (11), en 128 casos que estudiaron, en el 48.8 o/o de las caderas en que se aplicó manipulación incruenta se presentó artrosis de gravedad variable, mientras que en un 71.4 o/o de las que se trataron por reducción cruenta presentaron esta complicación. Las que requirieron reducción cruenta, la cadera había sido luxada por un promedio de tres días. Se observaron casos de esta complicación hasta 5 años después de haber sufrido el accidente.

Con poca frecuencia, se observan casos de miositis osificante, principalmente si la reducción ha sido cruenta. No ocasiona ningún grado de invalidez.

OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO

El objetivo primordial, es efectuar una revisión de los casos diagnosticados en el Departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt desde su fundación en 1957. Fueron encontrados 17 casos, posiblemente exista un número mayor, pero por no estar bien clasificados o por alguna otra causa fue imposible encontrarlos.

La intención fue investigar el tratamiento que les fue efectuado en esa oportunidad, las complicaciones que de éste hubo y en la medida de las posibilidades el control actual de estos pacientes, parámetro este último, sumamente difícil, pues en primer lugar, el 55 o/o de los pacientes encontrados, viven en el interior del país, un 5 o/o que dieron dirección falsa o tienen muchos años de no residir en ellas. El 45 o/o restantes, fueron encontrados y fue a ellos a quienes se efectuó controles actuales.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente trabajo, fueron revisados en primer lugar, los libros de sala de operaciones y yesos del Departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt durante los años 1957-72. Fueron revisadas además, las fichas médicas de cada uno de los pacientes encontrados, así como sus correspondientes estudios radiográficos. Se investigó además personalmente a los pacientes que fueron localizados, casi todos adolescentes las molestias que actual o anteriormente han tenido, posiblemente secundarias al traumatismo.

RESULTADOS Y DISCUSION

De los casos encontrados, los cuales sumaron 17 en su totalidad se comprobó, como estadísticamente se ha efectuado en otros trabajos, que la mayoría correspondió a pacientes del sexo masculino siendo alrededor de un 65-70 o/o de los mismos. Todos los niños en edades pre-escolar o escolar inicial, con un promedio de edades de seis años aproximadamente.

Síntomas y Signos de los Pacientes a su Ingreso:

De el total de casos encontrados, el 93 o/o aproximadamente, consultaron la Emergencia por haber sufrido traumatismo directo en alguno de los miembros inferiores, de no más de tres horas en su totalidad.

El 6.9 o/o restante, o sea un solo caso, fue el de un niño que estando en su cuna, súbitamente empezó a llorar, sin que aparentemente se supiera la causa de su comportamiento.

El 100 o/o de los pacientes, se quejaba de dolor severo en alguna de las articulaciones coxofemorales y deformidad marcada en alguna de ellas.

Un 47 o/o de los pacientes encontrados, presentaban el miembro dañado, en flexión.

Un 53 o/o presentaban aducción del miembro afectado.

Hubo uno de los pacientes, quien por temor a ser reprimido en su casa, llegó caminando a la Emergencia, sin más síntomas que dolor en el área afectada.

Tratamiento

Una vez teniendo una impresión diagnóstica, el paciente fue

inmovilizado y enviado a control radiológico para poder aseverar esta impresión. Además del miembro dañado, se tomaba control radiológico de tórax como un examen pre-operatorio.

Siendo comprobada la luxación traumática, las cuales fueron posteriores en un 100 o/o, los pacientes fueron preparados para ser intervenidos quirúrgicamente. El 95 o/o de los pacientes no fue demorado en el Hospital más de cuatro horas desde el momento de su ingreso hasta ser intervenido.

En el 82 o/o de los pacientes, fueron efectuadas reducciones incruentas, quedando la articulación coxo-femoral con buena estabilidad, no habiendo ninguna complicación durante el acto operatorio, salvo un caso de insuficiencia cardíaca por anemia.

Con respecto al postoperatorio de los pacientes en quienes se efectuaron reducciones incruentas, se siguieron diversas conductas, las cuales se enumeran a continuación:

A) Tracción Cutánea

A un 47 o/o del número de pacientes estudiados (8 en su totalidad), les fue colocada tracción cutánea constante por un promedio de diez días, después de los cuales, se siguieron diversos procedimientos.

- a) A un 50 o/o de los pacientes (4 en su totalidad) les fue indicado caminar con muletas, sin efectuar ningún tipo de apoyo sobre la extremidad dañada por un término medio de tres meses.
- b) El otro 40 o/o (tres pacientes), les fue colocada spika de yeso, por un término medio de cuatro meses.
- c) El diez por ciento restante, o sea un solo caso, se mantuvo con tracción cutánea únicamente, por espacio

de tres meses.

B) Colocación de Spika como Post Operatorio Inmediato:

A un 35 o/o de los pacientes les fue colocada spika de yeso como post operatorio inmediato, por un término medio de tres meses.

C) Reducciones cruentas:

Al 18 o/o restante, de la totalidad de pacientes estudiados, les fue efectuada reducción cruenta por diversos motivos, siguiéndose la técnica que a continuación se describe: Incisión cutánea en cara externa del muslo, corte de fascia lata y su tensor. Sección con disección roma de aponeurosis entre vasto externo y recto anterior del cuádriceps crural, que descubre cavidad cotiloidea y cabeza luxada del fémur. Raspado de cavidad cotiloidea para extraer coágulos y tejido fibroso, disociación del tejido fibroso que retiene la cabeza del fémur a la pelvis. Reducción de la luxación al rotar hacia adentro la rodilla y extender simultáneamente la pierna, haciendo presión hacia abajo sobre el trocánter mayor. Sutura de la mayor cantidad de tejido fibroso y músculo como se puede, pues la cápsula articular suele estar tan rota, que es imposible su reparación.

Los casos se enumeran a continuación:

- a) Paciente de 9 años, que sufrió traumatismo en miembro inferior izquierdo al ser atropellado por un automóvil. Radiológicamente le fue diagnosticado: fractura de tercio medio de fémur, fractura expuesta del tercio distal de la tibia y peroné izquierdos. Se efectuó reducción cerrada de las mismas, colocando yeso. Se le dio egreso y cita para reconsulta y control radiológico en cuatro meses. Cumplido este tiempo, el

paciente reconsultó, comprobándose en el nuevo control radiológico, que el paciente padecía de luxación posterior de la cadera izquierda, con cabeza femoral colocada en falso acetábulo, se disecó cabeza femoral y se colocó en su verdadero acetábulo, colocándose spika de yeso como post operatorio inmediato.

- b) Paciente de 8 años con diagnóstico de luxación posterior de cadera derecha, a quién le fueron efectuadas dos reducciones incruentas sin resultado favorable. Le fue colocada tracción esquelética con clavo, para prepararlo a reducción cruenta. Se efectuó ésta un mes después de su ingreso.
- c) Paciente de 4 años con diagnóstico de luxación posterior de la cadera derecha de 4 semanas de evolución, quien fue manipulado sin ningún éxito. En una de estas maniobras le fue provocada fractura de cuello femoral. Actualmente paciente con spika de yeso.

Control de Pacientes en la Actualidad:

Una vez egresados, un 70 o/o de los pacientes fueron controlados periódicamente por la consulta externa por un término medio de 4 meses.

Un 19 o/o de los pacientes, por causas ignoradas ya no volvió a sus consultas.

El 11 por ciento restantes son casos recientes los cuales guardan aún hospitalización.

Como se indicó en un principio, al localizar a los pacientes, actualmente es sumamente difícil por los parámetros que se

enumeraron en su oportunidad. De todas formas, se logró localizar a un 44 o/o de los pacientes (8) del total del número estudiado. Sus condiciones actuales se describen a continuación.

a) Pacientes a quienes se les efectuó reducción incruenta:

De los pacientes que fueron localizados, a los cuales se les fue practicada reducción incruenta, en un 87 o/o (7), 6 de ellos o sea el (86) los que en la actualidad son adolescentes, han pasado asintomáticos después de haberles dado alta en el Hospital, llevan una vida perfectamente normal, son además buenos deportistas, ninguno, por sus buenas condiciones quiso reconsultar al Hospital para controlarlos.

El otro 14 o/o o sea un solo paciente de los que le fue efectuada reducción incruenta, es un niño de 3 años de edad, que además de la luxación posterior derecha de la cadera, sufrió fractura del cuello anatómico del fémur del mismo lado. Se redujo y pasó con spika de yeso por espacio de 3 meses después de los cuales, se indicó que el niño efectuara ejercicios poco a poco y se citó para nuevo control radiológico en 15 días. La madre aduce una serie de razones, pero lo cierto es que ya no lo llevó al Hospital. La verdad es, que el paciente actualmente tiene el miembro inferior derecho más corto que el del lado opuesto, en unas 2 pulgadas aproximadamente, se nota en el miembro cierto grado de atrofia muscular, se cae con suma facilidad y frecuencia. Posee además deformidad notoria en la cadera derecha. Nunca ha referido dolor en alguno de los miembros.

b) Paciente a quien se le efectuó reducción cruenta:

El 13 o/o de los pacientes encontrados (1 solo paciente) le fue efectuada reducción abierta, más que todo por un error diagnóstico. Lo cierto es que ésta reducción se efectuó 4 meses después de que se debía haber realizado. Se efectuó disección de cabeza femoral y se colocó en su verdadero acetábulo. Luego se

colocó spika de yeso y se le dio egreso, siendo controlado por consulta externa. Se mantuvo el yeso por 4 meses.

Una vez retirado éste y que el paciente comenzó a caminar, se notó el miembro dañado más corto que el otro. Se reingresó 5 meses después por presentar anquilosis coxo-femoral, efectuándosele Osteotomía derrotadora subtrocantérica de fémur derecho.

Se le colocó nuevamente spika, retirándosele dos meses después continuando el paciente con el miembro anquilosado, empezando a realizar fisioterapia sin ningún resultado. Se pensó en una artrodesis en el futuro pero el paciente ya no volvió a consultar el Hospital.

Actualmente paciente con acortamiento marcado de miembro inferior izquierdo, camina con bastante dificultad, musculatura de dicho miembro se encuentra atrofica, poca fuerza, logra levantar únicamente 10 cm. del suelo dicho miembro. Paciente actualmente usa zapatos ortopédicos uno de los cuales tiene un tacón de tres pulgadas aproximadamente y rehusa continuar siendo tratado en el Hospital. Se resigna a comentar: cuando los zapatos se me gasten hago otros y así la logro pasar.

Rediciva:

Por último, tenemos el caso de una niña que cuando contaba dos años de edad, sufrió caída de su cama, luxándose la cadera derecha. En esa oportunidad se le efectuó reducción incruenta, colocándosele spika de yeso por tres meses, se retiró éste y la niña quedó caminando sin ninguna complicación.

Dos años exactos después, la niña sufre caída nuevamente, sufriendo luxación similar a la anterior y del mismo lado. Se efectuó reducción cerrada nuevamente y actualmente niña con

spika colocada. Se presenta esta caso, porque por lo menos en el número estudiado, no hubo ninguna recidiva, a no ser que este caso pudiera tomarse como tal.

CONCLUSIONES

1. La luxación traumática de cadera en niños, es patología sumamente rara.
2. El promedio de edades en que esto ocurre es de 6 años.
3. El Diagnóstico exacto y con mayor prontitud, es fundamental para una buena recuperación.
4. La prontitud con que se efectúe la reducción, es básica para evitar problemas ulteriores.
5. Cuando además de la luxación, existe otro tipo de patología ósea, fractura femoral por ejemplo, la recuperación total del miembro afectado, es sumamente dificultosa.
6. Las reducciones incruentas, tienen mejor pronóstico que las cruentas.
7. El control post-operatorio con cierta periodicidad, del paciente que ha sufrido la lesión, puede prevenir ulteriores problemas.
8. La reducción en las primeras 4 horas de haber sufrido el traumatismo descarta en alto porcentaje la posibilidad de necrosis aséptica de la cabeza femoral.
9. En una reducción bien efectuada y con un post-operatorio

bien encaminado, las posibilidades de recidivas son difíciles.

10. Necrosis aséptica de cabeza femoral como complicación de luxación coxofemoral en adultos, no se observó en el presente estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Anson Barry S. and Maddocr, Walter G. Anatomía quirúrgica. 2a. ed. Barcelona, Salvat Editores, 1957. 914 p.
2. Besson Paul B. y Walsh McDermott. Eds. Tratado de Medicina Interna Cecil-Loeb. Trad. por Alberto Folch y Pi. 12a. ed. México. Editorial Interamericana, 1968. 1462 p.
3. Campbell, Willis Cohoon. Cirugía ortopédica. Trad. del Cuerpo Médico del Instituto Dupuytren. 4a. ed. Buenos Aires, Editorial Intermedica, 1966. 377 p.
4. Davis, Loyal. Ed. Tratado de patología quirúrgica. Trad. por Alberto Folch y José Rafael Blengio Pinto. 9a. ed. México. Editorial Interamericana, 1970. 959 p.
5. Decoulx P. y J.P. Razemon. Traumatología clínica. Trad. por Generés J. Nolla. 2a. ed. Barcelona. Editorial Toray - Mäson, 1970. 94 p.
6. De Palma, Anthony F. The management of fractures and dislocations Philadelphia, Pa. W.B. Saunders, 1951. pp. 574-578.
7. Gartland, John J. Ortopedia. Trad. al español por Joaquín Harcont y Fernando Cárdenas. México, Editorial Interamericana, 1966. 304 p.
8. Hernández Valenzuela, Rogelio. Manual de Pediatría. 7a. ed. México D.F. Rogelio H.V. 1969. 678 p.
9. Litton, Lynn O. and Leonard F. Peltier. Athletic injuries. London, Little Brown and Company. 1963. 142 p.
10. Lockhart, R.D. Hamilton G.F. Fyfe F.W. Anatomía

humana. Trad. por Alberto Folch y Homero Vela. México D.F. Editorial Interamericana, 1965. 105 p.

11. Markowitz, Archibald, Downie. Cirugía experimental. Trad. por Rafael Blengio. 5a. ed. México. Editorial Interamericana, 1967. 317 p.
12. Willis, Philip. Fractures, dislocations and sprains. London. Little Brown and Company, 1960. 45 p.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Héctor Gustavo Morales Castañeda

Dr. Carlos Del Valle Monge
Asesor

Dr. Alfonso Gaitán
Revisor

Dr. José A. Quiñonez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César A. Vargas M.
Decano