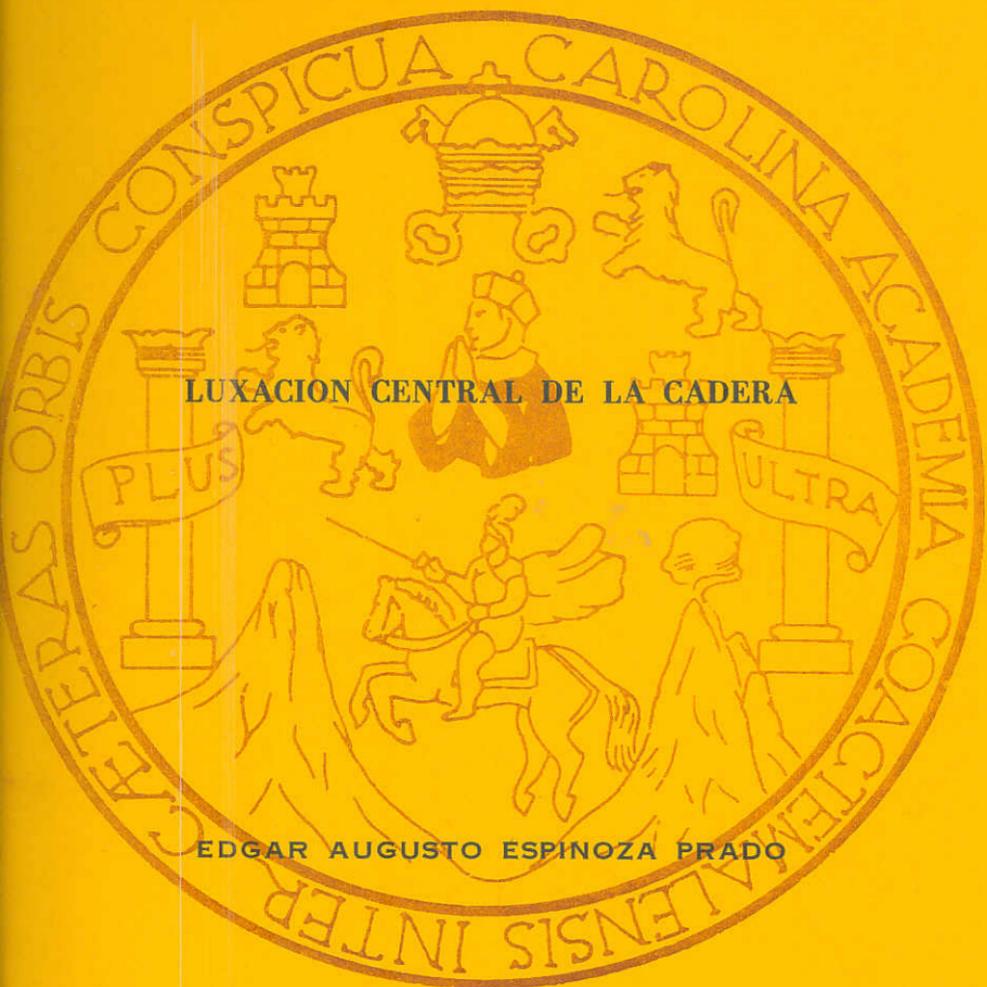


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUATEMALA, AGOSTO DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION Y CARACTERISTICAS
- III. ANATOMIA Y FISIOLOGIA
- IV. CLASIFICACION
 - a.- Posterior
 - b.- Anterior
 - c.- Central
- V. EXPOSICION DE CASOS
- VI. TRATAMIENTO
- VII. COMPLICACIONES
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La idea de elaborar la presente tesis fue concebida al comprobar que en Guatemala no se ha realizado un estudio de características similares, por lo que su realización redundará en beneficio de nuestra colectividad.

Con la evolución de la vida, los accidentes de diversa etiología han aumentado considerablemente, y el estudio de la morbimortalidad producida por estos accidentes ha tomado considerable interés y relevancia.

Considerando la morbilidad y tomando en cuenta la gran importancia que representa tanto para los pacientes como para el personal médico las complicaciones ortopédicas, es decir, alteraciones funcionales, decidí hacer un estudio sobre la Luxación Central de la Cadera. En este tipo de patología se encuentra comprometida principalmente la funcionalidad del miembro afectado por lo que resulta de extraordinaria importancia su diagnóstico temprano y su adecuado tratamiento, no solamente por sus repercusiones socio-económicas, sino también por sus problemas psicológicos y estéticos que conlleva para el paciente.

Además de la investigación bibliográfica, se revisan seis casos de Luxación Central de la Cadera que ingresaron y fueron registrados en la Sala de Traumatología de Mujeres del Hospital General San Juan de Dios de enero de 1976 a mayo de 1978, investigando principalmente su tratamiento y evolución.

Espero, pues, contribuir en parte a resolver los problemas que ocasiona este tipo de lesión y coadyuvar así a las finalidades de nuestra profesión y, que con los sabios consejos del Dr. Eduardo Meyer esta tesis cumpla con el cometido deseado al proyectarla.

DEFINICION Y CARACTERISTICAS

La luxación en general es definida como la pérdida de la relación normal de las superficies articulares. Pérez Tauffer considera la luxación coxofemoral como una dislocación repentina y duradera de los extremos articulares (cotilo y cabeza femoral), parcial o completa.

Tomando en cuenta a varios autores como Key and Conwell, H. McLaughlin, De Palma y otros, podemos definir la Luxación Central de la Cadera como una fractura-luxación que consiste en la protrusión de la cabeza femoral hacia adentro de la cavidad pélvica y contra el suelo del acetábulo. La cabeza femoral entonces, protruirá en grado variable en la pelvis.

La causa usual de la fractura-luxación central de la cadera es una fuerza violenta aplicada al trocánter mayor. Puede resultar de una caída o golpe en el trocánter mayor o de una lesión lateral por aplastamiento.

Este tipo de patología se encuentra con mayor frecuencia en accidentes automovilísticos en donde la porción lateral del trocánter mayor sufre un golpe severo. La fuerza se transmite a través del cuello y cabeza femoral al acetábulo. En raros casos el acetábulo puede ser fracturado indirectamente por una caída de pies (parado).

La fractura-luxación central de la cadera es relativamente frecuente y se produce casi exclusivamente en adultos jóvenes o en sujetos en la edad media de la vida. En estos grupos el hueso es tan fuerte que una fuerza intensa puede empujar la cabeza del fémur a través de la cápsula o del acetábulo y no romper el hueso.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

La articulación de la cadera se describe clásicamente como una enartrosis o articulación esférica. Esta articulación coxofemoral, como su nombre lo indica, establece la unión entre el hueso coxal y el fémur, constituyendo el tipo de enartrosis más perfecto desde el punto de vista anatómico.

ESTRUCTURA OSEA:

La cabeza femoral es lisa, aproximadamente dos tercios de una esfera, la cual se encuentra vuelta hacia arriba, adentro y un poco hacia adelante. Casi en el centro de la misma se encuentra la fosita de la cabeza para la inserción del ligamento redondo, llamado "fovea capitis". El cuello femoral mide en el adulto de 30 a 40 mm. Por arriba y afuera del cuello está situado el trocánter mayor; por abajo, atrás y adentro se encuentra el trocánter menor, los cuales se unen por medio de las líneas intertrocántereas anterior y posterior.

El hueso coxal presenta la cavidad cotiloidea o acetábulo, el cual puede compararse a una semiesfera hueca, orientada hacia adelante, abajo y afuera. Está recubierta de un cartílago dispuesto en forma de herradura (facies lunata) y el resto, la parte central del cotilo (fossa acetabuli), es de aspecto óseo y está cubierta en parte por tejido graso y por el ligamento redondo; además en el borde (ceja cotiloidea) se inserta el rodete cotiloideo que contribuye a aumentar la cavidad.

CAPSULA Y LIGAMENTOS:

Consta de la cápsula articular reforzada por ligamentos periféricos y un ligamento intraarticular. La cápsula articular se inserta por arriba en el contorno de la ceja cotiloidea y cara externa del rodete; por abajo en el fémur la cápsula se inserta

por delante de la línea intertrocantérea anterior y por detrás en el límite interno del tercio externo del cuello. Sus fibras se reflejan hacia adentro íntimamente adheridas al periostio, para terminar en el borde de la superficie articular de la cabeza. La cápsula articular es de una potencia excepcional, siendo capaz de resistir por sí sola tracciones de hasta 500 Kg. (Olivier 1963).

El ligamento intraarticular o ligamento redondo es una cinta fibrosa insertada en el tercio anterior de la fovea capitis. Los ligamentos de refuerzo son: Ligamento de Bigelow o iliofemoral, ligamento isquiofemoral y ligamento pubofemoral, los que reciben su nombre por sus lugares de inserción. Estos prestan estabilidad a la articulación y disminuyen el trabajo del hueso ante las fuerzas de tracción y presión. En posición funcional media, los ligamentos pubofemorales e isquiofemorales se encuentran ligeramente tensos.

IRRIGACION SANGUINEA E INERVACION:

La irrigación proviene principalmente de 2 orígenes: la arteria femoral profunda y la ilíaca interna. La arteria femoral profunda irriga la articulación por medio de la circunfleja media; la arteria ilíaca interna proporciona varias arterias a la articulación por medio de 2 ramas: la obturatriz y la glútea. La obturatriz por su rama de bifurcación externa de la ramilla acetabularia; la glútea por su rama profunda envía algunas ramas articulares a la que llegan perforando la parte inferior del músculo glúteo menor.

La inervación está dada por los nervios anteriores destinados a la cara anterior de la cápsula y emanan del plexo lumbar mediante el nervio obturador. Los nervios posteriores van a la cara posterior y vienen del plexo sacro directamente o por mediación del ciático menor o mayor a través del cuadrado femoral.

MUSCULATURA FUNCIONAL:

Los movimientos de la cadera, según Duchénne, se efectúan siguiendo los 3 planos del espacio: Flexión-extensión en el plano transversal; abducción-aducción en plano sagital y las rotaciones en el plano vertical.

De flexión: Producidos principalmente por la acción del psoas ilíaco y secundariamente por el sartorio y recto anterior.

De extensión: Por la acción de los músculos glúteos mayor y menor, así como el biceps crural, semitendinoso y semimembranoso.

De abducción: Ejecutados por los tres músculos glúteos, el piramidal y el tensor de la fascia lata.

De aducción: movimiento realizado por los músculos aductores y el recto interno.

De rotación externa: Intervienen los músculos glúteo mayor, sartorio, piramidal, los obturadores, los gemelos, el cuadrado crural y los aductores.

De rotación interna: Verificados por los haces anteriores de los músculos glúteos pequeño y mediano y el tensor de la fascia lata.

CLASIFICACION

Las luxaciones de la cadera han sido clasificadas en posteriores, anteriores y centrales. Se mencionan brevemente las posteriores y anteriores para describir seguidamente la Luxación Central de la Cadera.

Luxación Posterior de la Cadera:

Se divide en posterosuperior o iliaca (la más frecuente) y posteroinferior o isquiática. Consiste en el desplazamiento de la cabeza femoral por detrás del acetábulo. Su signo físico más llamativo es la rotación interna acentuada del miembro afectado. En ningún otro proceso se produce este cuadro y puede hacerse el diagnóstico fácilmente. El miembro afectado está en ligera flexión y aducción y hay ligero acortamiento. Hay una excepción de la regla: cuando la luxación coexiste con fractura de la diáfisis del fémur.

Luxación Anterior de la Cadera:

Se divide en anterosuperior o púlica (incidencia excepcional) y anteroinferior u obturatriz. Consiste en que la cabeza femoral es desplazada a la parte anterior del acetábulo. El miembro queda en abducción y rotación externa. Se puede palpar en la ingle la prominencia de la cabeza femoral. Watson-Jones cita, respecto a la obturatriz, un caso con desplazamiento de cabeza femoral hasta el escroto.

Luxación Central de la Cadera:

Este tipo de luxación, según Compere, no es una lesión común. Consiste en que la cabeza femoral es forzada a través del acetábulo. McLaughlin la menciona como una "luxación intrapélvica". Esta luxación se acompaña en un gran porcentaje, y

en grado variable, de fractura del acetábulo. Es por esto que gran parte de autores la mencionan como una fractura-luxación. La lesión primaria es una fractura conminuta de la porción central del acetábulo con desplazamiento de los fragmentos hacia la pelvis; el espasmo muscular aumenta este desplazamiento.

J. Key and H.E. Conwell refieren que las fracturas del acetábulo son en realidad fracturas de la pelvis y así están clasificadas en algunos textos, pero ellos las incluyen en los traumatismos de la cadera ya que los síntomas son, principalmente, los de una lesión de cadera y la pérdida de la funcionalidad.

En muchos casos existen grados variables de conminución de la superficie articular del acetábulo. La fractura puede interesar el reborde y/o el piso del acetábulo y suceden cuando éstas han tenido complicaciones. Ocasionalmente, sin embargo, se puede fracturar el reborde sin haber luxación.

En la fractura-luxación central de la cadera la cabeza femoral puede estar o no desplazada hacia adentro, dependiendo de la magnitud de la fuerza del traumatismo y de la fuerza de los huesos. En los casos más sencillos hay una o más líneas de fractura atravesando el piso del acetábulo y los fragmentos pueden o no estar desplazados. Las líneas de fractura pueden extenderse al hueso circundante. En los casos más severos el piso del acetábulo puede estar multifragmentado y éstos estar desplazados hacia adentro por la cabeza femoral. En casos extremos la cabeza femoral completa se puede proyectar adentro de la pelvis y los fragmentos del piso del acetábulo por igual o alrededor de la cabeza femoral y dificultar la reducción. En raros casos la línea de fractura sigue o queda junto afuera del reborde del acetábulo y éste se ve separado hacia adentro.

W. C. Campbell refiere que a veces la protrusión puede ser de gravedad que lesiona vísceras pelvianas pudiendo llegar a ser fatal. La fascia pélvica y el músculo psoasíaco cubren la

superficie interna del pubis en el lado opuesto del piso del acetábulo y como la fractura ocurre debajo de esta estructura, las lesiones viscerales y vasculares son complicaciones poco frecuentes, pero ambas han sido reportadas. En aproximadamente 50o/o de casos reportados de fractura del acetábulo con Luxación Central de la Cadera hubo otra fractura de la pelvis (Campbell).

Consecuentemente, estas otras fracturas de pelvis deben ser buscadas antes de completar el diagnóstico y verificar complicaciones principalmente de vejiga, uretra y nervio.

El diagnóstico debe ser hecho por Rx ya que no hay ninguna alteración de los puntos de referencia óseos de la cadera. Los movimientos de la cadera son libres, pero dolorosos y el paciente posiblemente podrá caminar sobre el miembro. El dato diagnóstico más importante de la fractura del piso del acetábulo es la palpación de una tumefacción dolorosa en posición opuesta al piso del acetábulo al examen rectal. En casos en que la cabeza femoral ha sido forzada a entrar en la pelvis, la región trocantérea está moderadamente aplanada y existe acortamiento del miembro desde 0.5 a 1.5 pulgadas. La medición cuidadosa de la distancia entre el trocánter mayor y la sínfisis del pubis demuestra el desplazamiento interno del trocánter. A la palpación se encuentra edema y dolor en el triángulo de Scarpa; se encuentra relajado el tensor de la fascia lata. La manipulación de la cadera generalmente produce crepitación y la cadera puede estar libremente móvil o fija en abducción o aducción y en rotación interna o externa.

EXPOSICION DE CASOS

Después de haber descrito en párrafos anteriores todo lo referente a definición, características, anatomía y fisiología, clasificación y tratamiento, expondré los seis casos que fueron encontrados en la Sala de Traumatología de Mujeres del Hospital General San Juan de Dios en revisión realizada de enero de 1976 a mayo de 1978.

PRIMER CASO:

A. A. R., sexo femenino, 60 años de edad, originaria de Escuintla. Referida de Hospital Nacional de Tiquisate, Escuintla, por haber sido atropellada por un automóvil. Refiere a su ingreso dolor agudo en la cadera derecha, así como dificultad para caminar. Se ordenan Rx de cadera que revelan: Fractura con hundimiento de acetábulo, fracturas de isquion y pubis del lado derecho. Cabeza y cuello femoral se ven normales. Diagnóstico: Fractura-luxación Central de la Cadera Derecha. Tratamiento: Se colocó tracción esquelética con férula de Braun-Böhler el día de su ingreso, la cual se mantuvo por cuatro semanas. Controles radiográficos mostraron reducción y consolidación de fracturas por lo que se retira tracción y se coloca espica de yeso por seis semanas. Se da egreso con espica en buen estado clínica y radiológicamente a las seis semanas de su ingreso.

SEGUNDO CASO:

E. E. L., sexo femenino, 21 años de edad, originaria de la capital. Refiere historia de accidente automovilístico de seis días de evolución; estuvo tres días hospitalizada en otro centro capitalino, egresando a los tres días. Reposó en su casa otros tres días con imposibilidad para caminar por lo que consultó nuevamente al Hospital General San Juan de Dios. Se ordenan Rx de la cadera. Diagnóstico: Luxación Central de la Cadera

Izquierda sin desplazamiento de la fractura acetabular. Tratamiento: Se colocó tracción cutánea de Tilloux por tres semanas y egresó a las cuatro semanas de su ingreso en buen estado.

TERCER CASO:

N. V. C. G., sexo femenino, 14 años de edad, originaria de Retalhuleu y residente en la capital, estudiante. Ingresó con historia de haber sido atropellada por automóvil. Paciente ingresa en estado crítico, estuporosa, anisocoria (midriasis izquierda), herida de más o menos 8 cms. en el cráneo. En los primeros dos días supera su estado crítico y ya consciente y orientada se le encuentra equimosis en el muslo izquierdo y dolor agudo a la movilización de dicho miembro. Se ordenan Rx de la pelvis que revelan: Luxación Central de la Cadera, fracturas de acetábulo y ramas ascendente y descendente del pubis del lado izquierdo.

Cabalgamiento de fragmentos. Se traslada a la Sala de Traumatología en donde se le coloca tracción esquelética supracondilea con férula de Braun-Böhler con 10 libras de peso, el cual es aumentado a los seis días a 25 libras. Control radiográfico tomado a los diez días revela reducción de la luxación y alineamiento de los fragmentos. A las cuatro semanas se retira la tracción esquelética ya que el control radiográfico demuestra reducción de fragmentos y de la luxación. Se ordena fisioterapia. Egresó a las siete semanas de su ingreso movilizándose bien en andador.

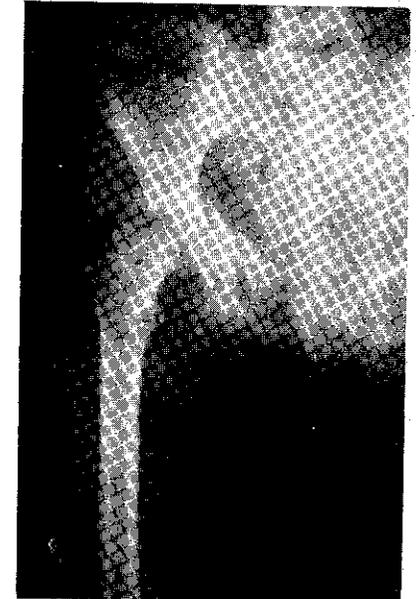
CUARTO CASO:

S. V. E., sexo femenino, de 30 años de edad, originaria de Chimaltenango. Refiere que en el terremoto de febrero de 1976 le cayó una pared quedando sepultados ambos miembros. A los tres días fue llevada a un hospital capitalino en donde le colocaron tracción esquelética en calcáneo derecho, permaneciendo



No. 1
A su ingreso

CASO No. 3:



No. 2
Al retirar tracción
(4 semanas)

con ésta por dos meses y medio. Egresó a los cuatro meses con dificultad de deambulacion y ligero acortamiento de MID. Fue tratada por consulta externa durante siete meses sin proporcionarle tratamiento definitivo por lo que consultó a Hospital General en donde se ordenaron Rx de la cadera, los cuales revelaron Luxación Central de la Cadera Derecha antigua.

Actualmente se encuentra pendiente de la colocación de prótesis total de Charnley-Müller.

QUINTO CASO:

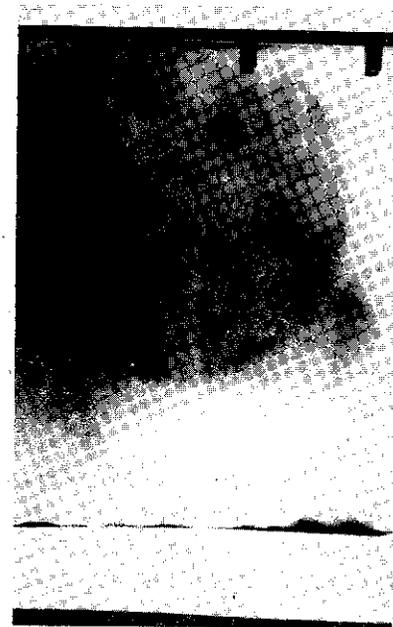
C. C. R., sexo femenino, 31 años de edad, originaria y residente en Totoncapán. Ingresa con historia de haber sido atropellada por automóvil, recibiendo golpes en cadera y miembros superiores. Se ordenan Rx de MSD y de pelvis que revelan: Fractura de tercio medio de húmero derecho y fractura-luxación Central de la Cadera derecha. Tratamiento: Osteosíntesis en húmero derecho y colocación de tracción esquelética a nivel de tubérculo tibial derecho. Dicha tracción se retiró a las tres semanas con control de RX que demuestra reducción de la fractura-luxación Central de la Cadera. A los tres días se sienta en silla de ruedas. Egresó a las cinco semanas en buen estado clínico y radiológico y caminando con andador.

SEXO CASO:

V. Z. P., sexo femenino, 38 años de edad, originaria de Suchitepéquez y residente en la capital. Ingresa con historia de haber sido atropellada por motocicleta golpeándose la cadera y ambos miembros inferiores. Al examen físico se encontró tumefacción de cadera izquierda, leve acortamiento de MII y deformidad evidente. Se ordenan Rx y revelan: Fractura-luxación Central de la Cadera izquierda, fracturas de rama isquiopúbica izquierda y fractura conminuta de tercio proximal de peroné izquierdo. Se le coloca tracción esquelética con férula de



No. 1
A su ingreso



No. 2
Control a las 4 semanas

Braun-Böhler. Controles radiográficos revelan reducción de la fractura-luxación a las cuatro semanas, por lo que se decide retirar la tracción esquelética. Se inician movimientos de la cadera. A la semana siguiente se ordena sentarla en silla de ruedas.

Actualmente la paciente se sienta y camina con ayuda de andador.

**CUADRO NUMERO UNO
EDAD**

| | | |
|----------------|---|---------|
| 12 - 20 | 1 | 16.6o/o |
| 21 - 40 | 4 | 66.6o/o |
| 41 - 60 | 1 | 16.6o/o |
| 61 en adelante | 0 | 00.0o/o |

Este cuadro ilustra lo ya aseverado en notas anteriores respecto a que este tipo de lesión se encuentra con mayor frecuencia en adultos jóvenes o individuos en la edad media de la vida. Esta frecuencia probablemente es a causa de que este grupo etario está más involucrado en accidentes de vehículos automotores. Además, la resistencia ósea es mucho mayor que en niños y adultos mayores por lo que la cabeza femoral se impactará en el piso del acetábulo antes que el hueso se fracture.

De los 6 casos revisados, un total de 5 (83.3o/o) fueron ingresados a causa de accidentes de vehículos automotores. Solamente un caso (16.6o/o) fue por aplastamiento por caída de una pared sobre los miembros inferiores.

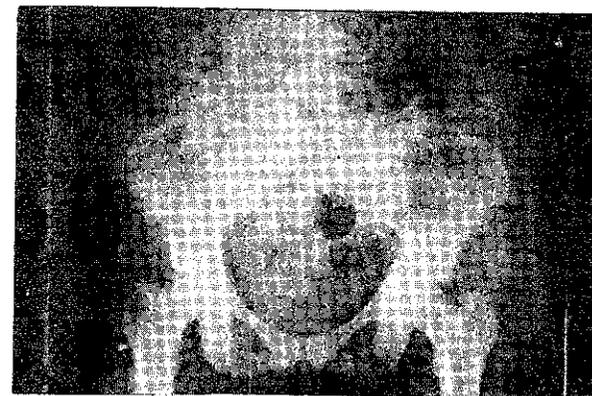
**CUADRO NUMERO DOS
LOCALIZACION DE LA LESION**

| | | |
|------------|---|---------|
| Derechas | 3 | 50.0o/o |
| Izquierdas | 3 | 50.0o/o |



No. 1
A su ingreso

CASO No. 6:



No. 2
Control al retirar tracción
(4 semanas)

Este cuadro nos ilustra que en nuestro estudio no hay predilección respecto a la localización. De los 6 casos encontrados, un total de 3 (50.0o/o) fueron del lado izquierdo y los 3 casos restantes fueron del lado derecho.

En los 2 casos más graves en que la fractura-luxación se acompañó de otras fracturas de la pelvis, fueron de localización izquierda. En el caso de Luxación Central Antigua, fue de localización derecha.

CUADRO NUMERO TRES LESIONES ASOCIADAS

| | | |
|------------------------------|-------|----------------|
| Fracturas de pubis e isquion | 2 | 33.4o/o |
| Fractura de pubis | 1 | <u>16.6o/o</u> |
| | Total | 50.0o/o |

W. C. Campbell encontró en un estudio efectuado en pacientes con fractura-luxación Central de la Cadera, aproximadamente 50o/o de casos reportados, con alguna otra fractura de la pelvis. Igualmente, el cuadro anterior de nuestro estudio nos indica que el 50o/o de los casos revisados tuvo alguna otra fractura de la pelvis asociada.

Las complicaciones posteriores de los casos no fue posible investigarlas, ya que éstos no tenían control o seguimiento por consulta externa anotado en el registro médico. Probablemente la causa sea que en nuestro medio los pacientes al encontrarse en mejores condiciones que a su ingreso, no concurren a los controles periódicos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la fractura-luxación Central de la Cadera ha sido descrito más o menos en los mismos términos por los autores consultados. Es por esto que describiré los tratamientos referidos por W. C. Campbell, De Palma y J. Key and H. E. Conwell, por considerarlos más generalizados y usados.

W. Campbell refiere que casi todas las fracturas-luxaciones Centrales de la Cadera deben tratarse generalmente por métodos incruentos. Cualquier desplazamiento de la parte interna del acetábulo es relativamente poco importante; no obstante sí lo es que la relación entre la cavidad del acetábulo y la parte de apoyo de la cabeza femoral se restaure lo mejor posible.

Se efectúa una tracción esquelética longitudinal mediante un alambre de Kirschner insertado en la metafisis femoral distal, que de ser necesario puede resistir hasta 15 kg. de peso. La tracción externa o lateral puede ser por medio de un tirabuzón o un alambre de Kirschner colocado en sentido anteroposterior del trocánter mayor con estribo, colocando 6 ó 7 kg. de peso. La tracción externa o lateral puede suspenderse de 2 a 3 semanas después de colocada; la tracción longitudinal se continúa por 8 a 10 semanas o hasta que la radiografía revele una consolidación sólida de la fractura del acetábulo. El movimiento temprano es probable que ayude a moldear el acetábulo.

La reducción cruenta rara vez se indica porque la operación es muy laboriosa. En la Clínica Campbell se aconseja, en especial en personas jóvenes, en las siguientes circunstancias:

1. Cuando la cabeza femoral quede aprisionada en la pelvis por fragmentos de acetábulo, lo que hace ineficaz la reducción incruenta.

2. Cuando la cabeza femoral no es posible ponerla en relación correcta con la cavidad del acetábulo.
3. Cuando la cabeza femoral y el acetábulo y uno o más fragmentos grandes de acetábulo permanecen desplazados después de la tracción.
4. Cuando coexiste fractura del fémur del mismo lado y contraindique la tracción esquelética.

Existen referencias que cuanto más enérgicos son los ejercicios realizados durante la convalecencia mejor es el resultado final.

A. De Palma divide el tratamiento en dos situaciones:

1. Fractura Central sin Desplazamiento:
Aspecto radiográfico: a) conminución del techo del acetábulo; b) la cabeza femoral ocupa su posición normal en relación al acetábulo.

Conducta: Introducir inmediatamente por debajo del tubérculo tibial un clavo y colocar el miembro en una férula de Thomas sujeta a un bastidor superior. Se instituyen movimientos activos de la articulación tan pronto remita el dolor, generalmente 7 a 10 días. Se suprime la tracción después de 6 semanas. Permitir la deambulacion en muletas y no permitir la carga sobre el miembro afectado hasta unas 10 semanas después de la lesión.

Comprobar radiográficamente a intervalos regulares, por lo menos durante 2 años para observar posible desarrollo de necrosis avascular de la cabeza femoral o de artritis traumática.

2. Luxación Central con Desplazamiento:
Aspecto radiográfico: a) la porción pectínea del pubis está desplazada hacia adentro; b) la cabeza femoral está desplazada hacia el centro siguiendo el fragmento principal; c) fractura de la rama isquiopubiana inferior.

Conducta: La restauración por la intervención quirúrgica debe practicarse precozmente y el procedimiento de reducción operatoria descrito por R. B. Elliott representa, según De Palma, el mejor método para restablecer la congruencia de la superficie articular del acetábulo.

J. Key and H. E. Conwell refieren un tratamiento similar al indicar que si la cabeza del fémur está desplazada hacia adentro a tal grado que su parte más ancha yace interna a la línea normal del piso del acetábulo, se necesitará de una reducción por manipuleo. Si es menos que el desplazamiento hacia adentro, no se indica la reducción manipulada y la fractura se debe tratar con tracción, la cual puede hacerse colocando un clavo o alambre en la parte distal del fémur, excepto que el pie de la cama debe ser puesto en alto y la tracción sobre la pierna afectada debe ser de 25 libras para comenzar, y a esto se le debe añadir tracción lateral en la parte superior del muslo de 10 a 15 libras para que el paralelograma de fuerzas resultante sea de tracción sobre el eje del cuello del fémur.

Después de 48 horas la tracción longitudinal se puede disminuir a 15 libras y la lateral a 8 libras. Transcurrida una semana éstas se pueden disminuir a 10 y 5 libras respectivamente. La tracción se debe continuar por 8 semanas al final de las cuales se retira, entonces se estimula al paciente a que mueva sus piernas y cadera (siempre encamado) por 2 semanas más. Luego se puede usar muletas que se descartan al desaparecer el dolor y soportar el peso sobre la pierna.

COMPLICACIONES

Es muy elevada la frecuencia de resultados pobres independientemente de los métodos de tratamiento aplicados. Los resultados pobres son debidos a la necrosis avascular de la cabeza femoral y a la artritis traumática. Esta última complicación se presenta con mayor frecuencia. Todo método que restaure la configuración normal de la articulación de la cadera y disminuya la incongruencia de las superficies articulares del acetábulo y la cabeza femoral, reducirá al mínimo la incidencia de artritis traumática. Esto solamente se consigue mediante la reducción cruenta (De Palma).

Es conveniente tomar controles radiográficos por lo menos durante 2 años por posible necrosis avascular o artritis traumática. La artrodesis es el procedimiento de elección si se desarrolla la artritis traumática como complicación tardía.

E. Compere refiere que el ligamento redondo y su arteria pueden romperse en la Luxación Central de la Cadera, y si la irrigación sanguínea a la cabeza femoral por medio de los vasos capsulares es insuficiente para mantener la viabilidad, la cabeza femoral sufrirá necrosis aséptica.

W. C. Campbell refiere que Stewart y Milford en un estudio de 128 casos se encontró que la necrosis aséptica de la cabeza femoral fue de 21o/o para el total de casos y de 15o/o para solo los tratados por manipulación.

La circulación de la cabeza femoral se reduce seriamente, alrededor de un 20o/o en la dislocación traumática de la cadera; si la reducción es demorada por unas pocas horas el porcentaje se eleva a 50o/o. No hay estudios específicos con respecto a la Luxación Central de la Cadera.

El tiempo promedio para que la necrosis aséptica se manifieste clínicamente es de 17 meses después del accidente y es raro encontrarla después de 2 años.

Otras complicaciones menos frecuentes son: La miositis osificante y la parálisis del nervio ciático.

CONCLUSIONES

1. La Luxación Central de la Cadera es una entidad que no se encuentra sola, sino que va asociada a fractura del acetábulo en grado variable. Es por esto que muchos autores la mencionan como una fractura-luxación.
2. En una gran mayoría de los autores consultados están de acuerdo en el criterio que casi todas las fracturas-luxaciones Centrales de la Cadera deben tratarse por métodos incruentos.
3. Los pacientes con este tipo de lesión son casi exclusivamente adultos jóvenes o sujetos en la edad media de la vida. Esto es debido a que en este grupo etario el hueso es tan fuerte que al recibir un traumatismo intenso no se fracturará sino que protruirá hacia el acetábulo.
4. La menor incidencia de esta patología en niños y adultos mayores probablemente es debido a que éstos están muy poco involucrados en accidentes automovilísticos, así como también la resistencia ósea es mucho menor por lo que el hueso se fractura antes de protruir hacia el suelo del acetábulo.
5. En la fractura-luxación Central de la Cadera siempre deben buscarse otras fracturas de la pelvis. W. Campbell encontró, en aproximadamente 50o/o de casos reportados con esta lesión, otras fracturas pélvicas.
6. El tratamiento aceptado para esta lesión consiste en la manipulación primaria y colocación de tracción esquelética longitudinal en tercio distal del fémur por medio de un alambre o clavo (Kirschner o Steinmann). Eventualmente, y según la técnica, puede colocarse tracción lateral por

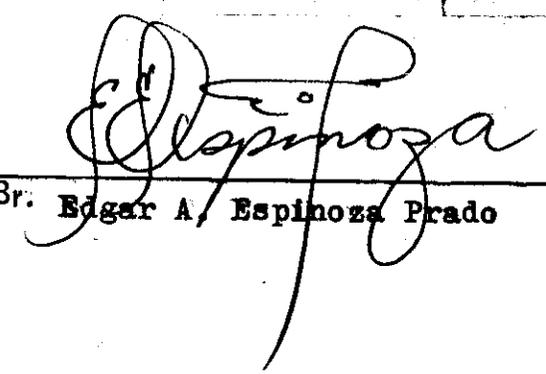
medio de colocación de alambre de Kirschner o tirabuzón colocado en sentido anteroposterior en trocánter mayor con estribo.

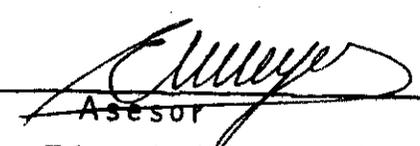
7. La tracción esquelética longitudinal debe mantenerse de 8 a 10 semanas en promedio. Este tiempo puede variar de menor a mayor según los controles radiográficos revelen una consolidación sólida de la fractura del acetábulo, para lo cual se tomarán controles radiográficos a intervalos regulares.
8. De los seis casos revisados, un total de cuatro (66.6o/o) fueron tratados con tracción esquelética longitudinal, manteniéndose esta tracción un promedio de cuatro semanas obteniéndose excelentes resultados.
9. Todos los casos revisados fueron tratados por métodos incruentos (reducción cerrada), por lo que se deduce que la reducción cruenta se utiliza en raros y excepcionales casos.
10. Las complicaciones en la fractura-luxación Central de la Cadera son varias, siendo las principales por orden de frecuencia: La necrosis avascular de la cabeza femoral, la artritis traumática, la miositis osificante y lesiones del nervio ciático. Es conveniente destacar que el adecuado tratamiento en las primeras 24 horas reduce grandemente estas complicaciones, así como también el movimiento temprano con ejercicios enérgicos durante la convalecencia.
11. En nuestro estudio efectuado de revisión de seis casos, se encontró que el 50o/o de dichos casos, presentaron alguna otra fractura pélvica asociada.

BIBLIOGRAFIA

1. Cabrera Franco, J. Dislocación traumática coxofemoral, su futuro. Tesis (Médico-Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1974. pp. 5, 11, 13, 15.
2. Campbell, W.C. y Crenshaw, A.H. Cirugía ortopédica. 4a. ed. Trad. por: Cuerpo Médico del Instituto Dupuytren. Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermédica, 1966. v. 1. pp. 370-385.
3. Compere, Edward et al. Pictorial handbook of fracture treatment. Traumatic dislocation of hip. 5a. ed., Chicago, Year Book Medical Publishers, 1963. pp. 298-300.
4. De Palma, A.F. The management of fractures and dislocations. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1959, v. 2. pp. 594-597.
5. Doménech, F. y Alier, A. Tratamiento de las fracturas. Barcelona, ed. Salvat, 1956. pp. 634-637.
6. Harkins, Moyer and Rhoads, Allen. Principios y práctica de cirugía. 4a. ed., México, Ed. Interamericana, 1972, pp. 486-487.
7. Huggler, A.H. Aloartroplastía de la cadera. Barcelona, Editorial Toray, 1972. pp. 12-19.
8. Key, J.A. and Conwell, H.E. The management of fractures, dislocations and sprains. Philadelphia, 3a. ed., W.B. Saunders Company, 1962. pp. 747-753.

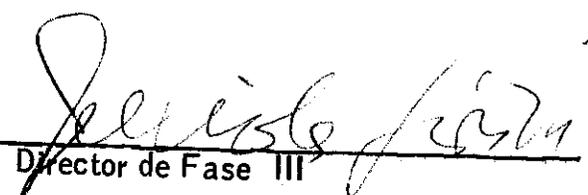
9. McLaughlin, Harrison. Trauma. Traumatic dislocation of hip. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1959, pp. 469-477.
10. Mendoza Pineda, Abel. Tratamientos y resultados del uso de la prótesis de Austin-Moore en las fracturas subcapitales del fémur. Tesis (Médico-Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1971. pp. 3-5.
11. Pérez Teuffer, A. Manual de cirugía operatoria. Cirugía de la cadera. México, Editorial Interamericana, 1956. pp. 15-20.
12. Testut, L. y Latarjet, A. Tratado de anatomía humana. Osteología, artrología, miología. 9a. ed., Barcelona, Ed. Salvat, 1954. pp. 670-686.


 Br. Edgar A. Espinoza Prado

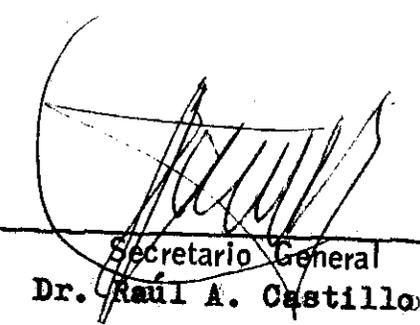

 Asesor

Dr. Eduardo Meyer Maldonado


 Revisor
 Dr. Jafeth Cabrera Franco

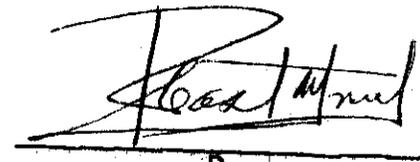

 Director de Fase III

Dr. Julio de León M.


 Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


 Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo