

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LUXACION TRAUMATICA DE LA CADERA"

(Revisión de doce casos en las salas de Traumatología
del Hospital Nacional y del Hospital del IGSS, de
Mazatenango.

ROBERTO ANTONIO AMAYA SOLORZANO

Guatemala, Octubre de 1980.

INDICE

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV MATERIAL Y METODO
- V ANTECEDENTES
- VI ANATOMIA
- VII CONSIDERACIONES GENERALES
- VIII PRESENTACION DE CASOS
- IX RESULTADOS
- X CONCLUSIONES
- XI RECOMENDACIONES
- XII BIBLIOGRAFIA.

I INTRODUCCION

Se entiende por articulación al conjunto de formaciones blandas y duras que sirven para unir a dos o más huesos.

Luxación es la pérdida de la relación entre las superficies articulares.

La articulación de la cadera llamada también articulación coxofemoral, es la encargada como su nombre lo indica, de unir el hueso coxal y el fémur, siendo esta la más típica de las enartrosis. Esta articulación es bastante estable, por lo que se necesita una fuerza bastante grande para producir luxación.

La frecuencia con que se presenta la luxación traumática de la cadera ha ido aumentando conforme han ido aumentando los accidentes de diversas etiologías. Los pacientes que presentan ésta clase de lesiones necesitan un tratamiento rápido, y eficaz debido al riesgo de presentar cualquier complicación que les pueda ocasionar problemas ortopédicos que repercutan en su locomoción.

Considerando el aumento de frecuencia de estas lesiones, y las secuelas tan severas que pueden ocasionar; me motivaron a efectuar un estudio acerca de la luxación traumática de la cadera.

En el actual trabajo se estudiaron doce casos de luxación traumática de la cadera, que se trataron en los departamentos de traumatología del Hospital Nacional y del Hospital del IGSS de Mazatenango, haciéndose un análisis, de las circunstancias en que se produjo el accidente, el tratamiento, y la evolución de los mismos.

II OBJETIVOS

- 1.- Dar a conocer, los diagnósticos y tratamientos actuales de luxación traumática de la cadera.
- 2.- Dar a conocer, la incidencia de luxación traumática de cadera en el Hospital Nacional y del Hospital del IGSS de Mazatenango.
- 3.- Dar a conocer, el tipo de accidente que más frecuentemente produce luxación traumática de cadera.
- 4.- Dar a conocer, el tratamiento usado en el Hospital Nacional y del Hospital del IGSS de Mazatenango en pacientes con luxación traumática de cadera.
- 5.- Dar a conocer, las complicaciones más frecuentes que se presentan en luxación traumática de cadera.
- 6.- Establecer el tiempo mínimo necesario de hospitalización de los pacientes con luxación traumática de cadera.

III HIPOTESIS

- 1.- La Luxación posterior es el tipo de luxación traumática de cadera que se presenta con más frecuencia.
- 2.- La necrosis Avascular es la complicación más frecuente en luxación traumática de cadera.

Se toman en cuenta los siguientes parámetros, para elaborar el presente trabajo:

- 1.- Fecha de ingreso y datos generales.
- 2.- Breve resumen de la historia clínica.
- 3.- Diagnóstico de ingreso.
- 4.- Tratamiento.
- 5.- Tiempo de Hospitalización.
- 6.- Complicaciones.

V ANTECEDENTES

Se han efectuado diversos trabajos de tesis sobre luxación traumática de cadera en Guatemala.

Edgar Augusto Espinoza Prado, (1978) en su trabajo --
"Luxación central de la cadera" realizado en el Hospital General San Juan de Dios, revisó seis casos encontrados que el 50% de ellos presentaron alguna Fx pélvica asociada, y la complicación más frecuente fue la Necrosis Avascular de la Cabeza Femoral.

Luis Humberto Palomo Nurnberg (1979) en su trabajo --
"Traumatismo de cadera" realizado en el Hospital del IGSS de Escuintla, revisó cinco casos en los cuáles no encontró complicaciones y todos terminaron en caderas funcionales.

Jafeth Ernesto Cabrera Franco (1974), en su trabajo --
"Dislocación Traumática Coxofemoral y su Futuro", realizado en el Hospital General San Juan de Dios, revisó 18 casos de los cuales, todos terminaron en caderas funcionales.

VI ANATOMIA

LA CABEZA DEL FEMUR:

La cabeza femoral, es lisa, y corresponde a unos dos tercios de una esfera, la cual se encuentra envuelta hacia arriba, adentro, y un poco hacia adelante, casi en el centro de la misma se encuentra una pequeña excavación llamada Fovea Capitis, donde se inserta el ligamento redondo.

La cabeza del fémur se une al resto del hueso por una porción más estrecha, llamada cuello anatómico, que mide en el adulto de 3 a 4 cms.

Por arriba y afuera del cuello, está situado el trocanter mayor, por abajo, atrás y adentro, se encuentra el trocanter menor, los cuales se unen por medio de las líneas intertrocanteréas anterior y posterior.

En estado fresco la cabeza del fémur está cubierta de cartílago ialino con excepción de la mitad anterior de la foseta que comprende a la inserción del ligamento redondo.

EL HUESO COXAL O ILIACO:

El hueso Coxal o Iliaco, presenta como superficie articular la cavidad cotiloidea o acetábulo, el cual puede compararse con una semi-esfera hueca, orientada hacia adelante, abajo y afuera, cuyo borde, llamado ceja cotiloidea, presenta tres escotaduras: la iliopúbica, la ilioisquiática, y la isquiopúbica.

El fondo de la cavidad cotiloidea presenta una excavación de forma cuadrangular, cuyo lado inferior corresponde a la escotadura isquiopúbica, mientras los demás bordes se limitan netamente

te de la superficie cotiloidea que ocupa así un plano más elevado que ella.

La cavidad cotiloidea está recubierta de un cartílago dispuesta en forma de herradura (Facies Lunata), y el resto, la central del cotilo (Fosa Acetabuli), es de aspecto óseo y está cubierta en parte por tejido graso, y por el ligamento redondo.

RODETE COTILOIDEO:

Rodea completamente la cavidad cotiloidea, y tiene forma de prisma triangular, cuya cara adherente o de inserción corresponde al contorno de la cavidad cotiloidea. Su cara interna, lisa y uniforme, se haya cubierta de cartílago ialino y se continúa con la superficie articular de dicha cavidad. Su cara externa, se relaciona con la cápsula articular.

MEDIOS DE UNION

Están formados por una cápsula articular reforzada por ligamentos periféricos y un ligamento intra-articular, llamado ligamento redondo.

La cápsula articular está constituida por fibras profundas circulares y fibras longitudinales superficiales.

LIGAMENTO DE REFUERZO:

Son en número de 3 cuyo nombres derivan de sus lugares de inserción.

- a) Ligamento Iliofemoral en Y de Bigelow: Se inserta en la espina iliaca ante o inferior, se dirige luego hacia afuera y abajo y se fija en la línea inter-trocantérica

anterior este ligamento principalmente limita la extensión y ayuda a mantener la posición erecta.

- b) El ligamento Pubiofemoral: Se inserta en la eminencia ilipectínea en la cresta pectínea, en la rama horizontal y en el cuerpo del púbis y sus fibras se dirigen hacia abajo insertándose en la parte inferointerna del pequeño trocánter

LIGAMENTO REDONDO:

Es una cinta fibrosa que se inserta por un lado en el tercio anterior de la "Fovea Capitis", y por otro lado se divide en tres grupos de fibras:

- a) Grupo medio que se fija al ligamento transversal del acetábulo.
- b) El haz anterior termina en el límite anterior de la escotadura isquiopúbica.
- c) El haz posterior se inserta sobre la línea posterior de la escotadura isquiática.

IRRIGACION

La irrigación proviene principalmente de dos 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 dos ramas: La obturatriz y la glútea.

La obturatriz por su rama de bifurcación externa de la rama acetabularia, la glútea por su rama profunda, envía algunas ramas articulares a la que llegan perforando la parte inferior del músculo glúteo menor.

INERVACION

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 cuadratus femoral.

MOVIMIENTOS

Esta articulación desempeña un papel importante en la locomoción. Los movimientos de la cadera se realizan por deslizamiento y pivoteo alrededor de ejes, que pasan por el centro de la superficie esféricas; pero aunque sean muchos los movimientos, se pueden reducir en:

- I Flexión y Extensión.
- II Abducción y Aducción.
- III Rotación interna y externa.

En la flexión el muslo se aproxima a la pélvis y al abdomen relajando la porción anterior de la cápsula, mientras que la región posterior de la cápsula y el ligamento isquiofemoral se ponen tensos y si la flexión se acompaña de aducción forzada, puede salir la cabeza de la cavidad cotiloidea produciendo luxación posterior.

Este movimiento es producido por la unión del músculo Psoas y secundariamente por el Sartorio y recto anterior.

En la extensión se lleva hacia la superficie articular, aumentando sus contactos.

Este movimiento es producido por la acción de los músculos glúteos mayor y menor, así como el bíceps crural, semi-tendinoso y semi-membranoso.

En la aducción permite cruzar la pierna acompañados de cierta flexión.

Este movimiento es realizado por los músculos aductores y el recto interno.

En la abducción, los músculos tienden a separarse de la línea media, la cabeza rueda sobre un eje antero-posterior que pase por el centro de la cabeza, la que tiende atrás la parte inferior de la cápsula.

Este movimiento es producido por los tres músculos glúteos, el piramidal y el tensor de la fascia lata.

En la rotación interna o externa la cabeza del fémur se mueve alrededor de un eje vertical que pase por su centro.

En la rotación externa intervinieron los músculos glúteo mayor, sartorio, piramidal, los obturadores, los gemelos, el cuadro =

crural y los aductores, se ponen tensos y si la flexión se acompaña de aducción forzada, puede salir la cabeza de la cavidad cotiloidea produciendo luxación posterior.

Este movimiento es producido por la unión del músculo - Psoas y secundariamente por el Sartorio y recto anterior.

En la extensión se lleva atrás la superficie articular, aumentando sus contactos.

Este movimiento es producido por la acción de los músculos glúteos mayor y menor, así como el bíceps crural, semi-tendinoso y semi-membranoso.

En la aducción permite cruzar la pierna acompañados de - cierta flexión. Este movimiento es realizado por los músculos - aductores y el recto interno.

En la abducción, los muslos tienden a separarse de la línea media, la cabeza rueda sobre un eje antero-posterior que pase - por el centro de la cabeza, la que tiende atrás la parte inferior de la cápsula. Este movimiento es producido por los tres músculos glúteos, el piramidal y el tensor de la fascia lata.

En la rotación interna o externa la cabeza del fémur se - mueve alrededor de un eje vertical que pase por su centro.

En la rotación externa intervienen los músculos glúteos mayor, sartorio, piramidal, los obturadores, los gemelos, el cuadro crural y los aductores.

En la rotación interna intervienen los haces anteriores de los músculos glúteos pequeños y mediano y el tensor de la Fascia Lata.

VII CONSIDERACIONES GENERALES

CLASIFICACION DE LA LUXACION TRAUMATICA DE LA CADERA

Hay tres tipos de luxación traumática de la cadera:

I- Luxación posterior.

II- Luxación anterior.

III- Luxación central.

I. LUXACION POSTERIOR:

La luxación posterior consiste en el desplazamiento de la cabeza femoral por detrás del acetábulo. Se divide en postero-inferior o isquiática y postero-superior o ilíaca.

Este tipo de luxación es la más frecuente de las luxaciones de la cadera, y suele sufrirse mientras la articulación está flexionada y en aducción. La lesión puede ocurrir en un choque de automóviles por la fuerza intensa aplicada cuando la rodilla choca contra el tablero.

Un cuerpo pesado que caiga sobre la parte baja de la espalda de una persona que esta de pie, también puede producir luxación posterior de cadera.

La cadera luxada queda en flexión y aducción, adoptando la posición de rotación interna. La extremidad también se observa acortada. La radiografía antero-posterior muestra la cabeza del fémur fuera del acetábulo y por encima de él.

TRATAMIENTO:

Hay tres métodos admitidos para reducción de una luxación posterior de cadera. Se necesita la anestesia general suficiente para una buena relajación muscular.

- 1.- Probablemente el método de reducción más eficaz y seguro es la atracción enérgica en el eje del muslo flexionado y en la ligera aducción, la manipulación cuidadosa del muslo hacia la rotación externa y la abducción ligera puede ser ventajosa. Un ayudante asegura la contracción ejerciendo enérgica presión hacia abajo, contra la pelvis. La tracción en efecto tira e impulsa la cabeza de nuevo através del desgarró de la cápsula producido por el accidente. La reducción tiene lugar con un chasquido o una sensación de resalte. Estas maniobras pueden llevarse a cabo colocando al paciente sobre una camilla o una colchoneta en el suelo.
- 2.- El método de Bigelow que ha tenido mucho prestigio durante años puede también usarse. El muslo en aducción y la pierna flexionada fuertemente sobre el abdomen, al aplicar la tracción sobre el muslo la circunducción hacia afuera seguida de rotación externa y abducción puede lograr la reducción.
- 3.- El método de Stimson usado ya poco en los últimos años sigue siendo traumático y eficaz. El paciente se anestesia boca abajo con los músculos flexionados a nivel de la cadera sobre el extremo de la mesa y la pierna sostenida con la rodilla ángulo recto. Se coloca un peso de 10 a 12 Kg. sobre la parte alta de la pierna ejerciendo tracción se deja actuar durante 20 minutos hasta que ha desaparecido el espasmo muscular, y después de lo cual el operador simplemente gira la extremidad hacia adentro y afuera.

Después de la reducción unos pocos Kgs. de tracción simple de Buck durante pocos días ayuda a vencer el espasmo de los músculos y contribuyen a aliviar al paciente. Una medida prudente para ello es guardar al paciente en cama sin flexión de la cadera de 3 a 4 semanas.

II. LUXACION ANTERIOR:

La luxación anterior, consiste en que la cabeza femoral es desplazada a la parte anterior del acetábulo. Se divide en antero-superior o púbica y antero-inferior u obturatriz.

Este tipo de luxación se produce por abducción forzada, por ejemplo, puede sucederle a un bailarín, al abrir las piernas. El miembro queda en abducción y rotación externa. Se puede palpar en la ingle la prominencia de la cabeza femoral. La radiografía muestra la cabeza dislocada, por debajo del nivel del acetábulo.

TRATAMIENTO:

Puede lograrse la reducción por tracción y rotación interna, sin olvidarse que el desplazamiento anterior puede comprometer la vena femoral.

El tratamiento subsecuente es igual al usado para la dislocación posterior.

III. LUXACION CENTRAL:

La luxación Central, también conocida como Fractura Protusión de acetábulo, consiste en que la cabeza femoral es forzada hacia adentro de la cavidad pélvica y contra el suelo del acetábulo.

La causa usual de este tipo de luxación es una fuerza vio lenta aplicada al trocanter mayor, puede resultar de una caída o golpe en el trocanter mayor de una lesión lateral por aplastamiento.

TRATAMIENTO:

El cirujano tira con fuerza al muslo, y trata de palanquear la cabeza femoral hacia afuera, poniendo al muslo en aducción y apoyando el puño sobre la ingle para usar lo como punto de apoyo.

Luego de la reducción se efectúa una tracción esquelética longitudinal mediante un alambre de Steinmann - insertado en la metáfisis femoral distal que de ser necesario puede resistir hasta 15 Kgs. de peso.

La tracción externa o lateral puede ser por medio de un tirabuzón o un alambre de Steinmann colocado en sentido ante-posterior del trocanter mayor con estribo colocando 6 a 7 Kgs. de peso.

La tracción externa o lateral puede suspenderse de 2 a 3 semanas después de colocada; la tracción longitudinal se continúa de 8 a 10 semanas.

COMPLICACIONES

Parálisis del Ciático:

La parálisis del ciático se debe a tracción sobre el cuello del fémur o contusión entre la cabeza del fémur y la escotadura ciática.

Los síntomas suelen ser transitorios y desaparecen progresivamente. No obstante disminuye mucho las probabili-

dades de recuperación cuando hay síntomas de parálisis por debajo de la rodilla, y trastornos sensitivos y persistentes.

No son alentadores los resultados del tratamiento quirúrgico.

Necrosis Avascular de la cabeza del Fémur:

Esta necrosis se debe al arrancamiento de los repliegues cápsulares y del ligamento redondo de la cabeza y del cuello del fémur. Esta es una complicación muy frecuente, re-
trasándose a menudo su aparición durante muchos años.

Miositis Osificante:

La miositis osificante puede suceder sobre todo si la inmovilización consecutiva a la reducción no es adecuada.

Las luxaciones de la cadera también pueden estar asociadas a fracturas del acetábulo cesacotíloidea posterior y de la cabeza del fémur.

VIII PRESENTACION DE CASOS

PRIMER CASO:

G. L. L. Sexo masculino de 6 años de edad, ingresó al Hospital Nacional, el 4-5-75, con historia de que al ir caminando se cayó golpeándose la cadera.

Diagnóstico de ingreso:

1.- Luxación coxo-femoral derecha.

La luxación se redujo 8 horas después del accidente y 1 hora después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la cual permaneció durante 15 días.

Luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo. El paciente asistió a reconsulta cuatro semanas después de su egreso, encontrándose la cadera con movilidad normal. Estudio radiológico de control, cuatro semanas después de su egreso: normal.

SEGUNDO CASO:

E. P. M. Sexo femenino de 1 año 6 meses de edad, ingresó el 27-9-77, al Hospital Nacional, con historia de que dos meses antes se cayó de una silla, luego ya no pudo caminar.

Diagnóstico de ingreso:

1.- Luxación anterior coxo-femoral derecha.

2.- Fractura inter-trocantérica derecha.

Se colocó Spika de yeso con la que permaneció durante cuatro semanas, luego sus padres pidieron su egreso voluntario.

TERCER CASO:

M. S. T. Sexo masculino de 35 años de edad ingresó el 10-1-79, al Hospital Nacional, con historia de que al ir caminando se cayó, luego ya no pudo caminar.

Diagnóstico de ingreso:

1.- Luxación posterior coxo-femoral izquierda.

2.- Fractura fondo acetábular izquierda.

La luxación se redujo a las 5 horas, después del accidente y media hora después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux durante 8 días, luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo.

El paciente asistió a reconsulta cuatro semanas después de su egreso encontrándose la cadera con movilidad normal. Estudio radiológico de control, cuatro semanas después de su egreso: normal.

CUARTO CASO:

S. A. S. Sexo masculino de 35 años de edad ingresó el 14-6-79, al Hospital Nacional, con historia de que 15 días antes sufrió un golpe en la cadera derecha.

Diagnóstico de ingreso:

1.- Luxación posterior coxo-femoral derecha.

La luxación se redujo a los 15 días después del accidente, luego se colocó tracción de Tillaux durante 8 días luego el paciente pidió egreso voluntario.

QUINTO CASO:

M.T.T. Sexo masculino de 5 años de edad ingresó el 8-10-79, al Hospital Nacional, con historia de que hace tres días se cayó en un hoyo, luego ya no pudo caminar.

Diagnóstico de ingreso:

- 1.- Luxación posterior coxo-femoral izquierdo.
La luxación se redujo a los tres días después del accidente y cuatro horas después de su ingreso, luego se colocó una Spika de yeso con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo.
El paciente asistió a reconsulta diez meses después de su egreso, encontrándose la cadera con movilidad normal.
Estudio radiológico de control diez meses después de su egreso : normal.

SEXTO CASO:

M.B.T.C. Sexo femenino de seis años de edad, quién ingresó el 25-10-79, al Hospital Nacional, con historia de haberse caído en un hoyo, golpeándose la cadera izquierda.

Diagnóstico de ingreso:

- 1.- Luxación posterior coxo-femoral izquierda.
La luxación se redujo a las 9 horas después del accidente, y dos horas después de su ingreso, luego se colocó una Spika de yeso con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo.
El paciente asistió a reconsulta cuatro semanas después de su egreso, encontrándose la cadera con movilidad normal.
Estudio radiológico de control, cuatro semanas después de su egreso : normal.

SEPTIMO CASO:

D.C.R. Sexo masculino de 64 años de edad ingresó el 8-4-80, al Hospital Nacional, con historia de haberse caído, golpeándose la cadera izquierda.

Diagnóstico de ingreso:

- 1.- Luxación posterior coxo-femoral izquierda.
La luxación se redujo a las 8 horas después del accidente y 2 horas después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la que permaneció durante 8 días luego el paciente pidió egreso voluntario.

OCTAVO CASO:

R.A.M. Sexo masculino de 18 años de edad ingresó el 19-4-80, al IGSS, con historia de que le cayó una peña en la cadera derecha

Diagnóstico de ingreso:

- 1.- Luxación posterior coxo-femoral derecha.
La luxación se redujo a las 8 horas después del accidente, y 5 horas después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux, con la que permaneció durante cuatro semanas.
El paciente presentó parálisis peronea post-traumática, por lo que fue referido a fisioterapia con inyección clínica de parálisis de el nervio ciático. El paciente se encuentra recuperándose actualmente.

NOVENO CASO:

J.M.M. Sexo masculino de 16 años de edad, ingresó el 4-5-76 al IGSS, con historia de haberse caído, golpeándose la cadera izquierda.

Diagnóstico de ingreso:

- I.- Luxación anterior coxo-femoral izquierda.
La luxación se redujo a las 4 horas después del accidente, y 1 hora, después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo. El paciente asistió a reconsulta cuatro semanas después de su egreso, encontrándose la cadera con movilidad normal. Estudio radiológico, cuatro semanas después de su egreso: normal.

DECIMO CASO:

J.L.F. Sexo masculino de 40 años de edad, ingresó el 7-3-77, al IGSS, con historia de haberse caído, golpeándose la cadera izquierda.

Diagnóstico de ingreso:

- I.- Luxación posterior coxo-femoral izquierda.
La luxación se redujo a las 14 horas después del accidente, y 2 horas después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de reposo. El paciente no asistió a reconsulta, ni a cita.

ONCEAVO CASO:

G. H. Sexo masculino de 52 años de edad, ingresó el 8-5-77, al IGSS, con historia de haberse caído en un hoyo, golpeándose en la cadera derecha.

Diagnóstico de ingreso:

- I.- Luxación posterior coxo-femoral derecha.
La luxación se redujo a las 7 horas después del accidente, y 3 horas después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de guardar reposo. El paciente asistió a reconsulta cuatro semanas después de su egreso, encontrándose la cadera con movilidad normal. Estudio radiológico de control, cuatro semanas después de su egreso: normal.

DOCEAVO CASO:

J.T. Sexo masculino de 29 años de edad; ingresó el 3-2-78, al IGSS, con historia de haberse caído golpeándose la cadera izquierda.

Diagnóstico de ingreso:

- I.- Luxación posterior coxo-femoral izquierda.
La luxación se redujo a las 5 horas después del accidente, y 1 hora después de su ingreso, luego se colocó tracción de Tillaux con la que permaneció durante cuatro semanas, luego se dió egreso con recomendación de reposo. El paciente no asistió a reconsulta, ni a cita.

IX RESULTADOS

CUADRO NUMERO UNO

CLASIFICACION DE LA LUXACION DE CADERA POR EDADES

EDAD EN AÑOS CASOS

0-12	4
13-20	2
21-30	1
31-40	2
41-50	0
51-60	2
61-70	1

En este cuadro podemos analizar que la luxación de cadera es más frecuente en pacientes comprendidos en las edades de 0 a 12 años. Este tipo de lesión se presenta, en personas de gran actividad.

CUADRO NUMERO DOS

CLASIFICACION DE LA LUXACION DE CADERA POR EL SEXO

SEXO CASOS

masculino	10
femenino	2

En este cuadro se puede analizar que la luxación de la cadera es más frecuente en personas de sexo masculino.

CUADRO NUMERO TRES

CLASIFICACION POR EL TIPO DE LUXACION

Posterior	10
Anterior	2
Central	0

Este cuadro nos indica que las luxaciones posteriores, fueron, las más frecuentes, la luxación central de la cadera es la más rara.

CUADRO NUMERO CUATRO

CLASIFICACION DE LA LUXACION POR SU LOCALIZACION

LOCALIZACION CASOS

Derecha	5
Izquierda	7
Bilaterales	0

En este cuadro se puede apreciar que no hay predilección por el lado en que se presente la luxación, pues como se puede ver en el cuadro, es poca la diferencia entre las luxaciones derechas y las luxaciones izquierdas. La luxación bilateral de la cadera es muy rara.

CUADRO NUMERO CINCO

CLASIFICACION POR EL TIEMPO QUE TRANSCURRIO
ANTES DE SU REDUCCION

HORAS	CASOS
0-4 horas	1
5-24 horas	8
25 horas a 8 días	1
más de 8 días	1
No reducidas	1

Este cuadro nos indica que el tiempo transcurrido entre el momento de la luxación y la reducción efectuada, en la mayoría de los casos, fue en las primeras 24 horas, o sea que fue en el servicio de emergencia que se dió el tratamiento.

Los pacientes a los cuales se les redujo la luxación después de las primeras 24 horas, fue porque no asistieron al servicio de emergencia, en este tiempo.

CUADRO NUMERO SEIS

CLASIFICACION POR EL TIEMPO QUE PERMANECIERON
INTERNADOS

SEMANAS	CASOS
1 Semana	2
2 Semanas	1
3 Semanas	0
4 Semanas	8
+ de 4 Semanas	1

Este cuadro nos indica que la mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados durante cuatro semanas. El tiempo mínimo de hospitalización fue el de dos pacientes que permanecieron internados durante una semana. Uno de estos pacientes se encuentra sin problemas para caminar, no se sabe la evolución de el otro paciente, porque no asistió a control.

De los pacientes estudiados, solo siete, tienen evolución completa, los demás no asistieron a reconsulta, ni a la cita que les hizo para nuevo control.

X CONCLUSIONES

- 1.- En los hospitales departamentales analizados, no es muy frecuente la luxación traumática de la cadera.
- 2.- En los casos revisados el tipo de accidente más frecuente, fue por caídas al encontrarse caminando.
- 3.- De los casos revisados sólo uno de los pacientes presentó complicaciones, los demás pacientes terminaron con caderas funcionalmente normales.
- 4.- Los pacientes con este tipo de lesión, deben recibir tratamiento inmediato, para evitar cualquier complicación e impedimento físico.
- 5.- Todos los casos fueron tratados con reducción cerrada lo cual indica que el método de reducción abierta se usa muy raramente.
- 6.- En nuestros casos revisados el tipo de pacientes más afectado con este tipo de lesión fueron los comprendidos en la primera década de la vida.
- 7.- El tipo de luxación que se presentó con más frecuencia fue la luxación posterior.
- 8.- Según la revisión Bibliográfica, la necrosis avascular es la complicación más frecuente de la luxación traumática de cadera.
- 9.- No es necesario hospitalización demasiado largas para tratar este tipo de lesiones, pero sí control a largo plazo.

XI RECOMENDACIONES

- 1.- Que la luxación traumática de la cadera sea considerada emergencia.
- 2.- Que los pacientes que presenten luxaciones traumáticas de cadera sean tratados inmediatamente después de su ingreso.
- 3.- Que los Médicos al dar egreso a pacientes con este tipo de lesión, les recomienden guardar reposo en cama durante 3-4 semanas.
- 4.- Que los pacientes con este tipo de lesión al salir del hospital sean controlados por el médico, periódicamente, por lo menos durante dos años.
- 5.- Que el material de registro de Ingresos a los Hospitales se bote con cuidado y esmero, ya que de hacerlo así, evitaremos muchos problemas innecesarios.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Reinau, Georges. Manual de Traumatología. Ed. Alambra 1967.
- 2.- Lokhart, Hamilton, Fife. Anatomía Humana. Ed., Interamericana 1961.
- 3.- Compere, Edward. L. et al. Traumatic dislocation of hip. In: Pictorial handbook of fracture treatment, 5 ed. Chicago, Year Medical Publishers, 1963, pp. 291-301.
- 4.- De palma, Af. The Management of Fractures and dislocations, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1959 V pp. 594-597.
- 5.- Key J. A. On Conwell H. E. The management of fractures dislocations and Sprains. Philadelphia, 3o. ed. W.B. Saunders Company. 1962, pp 747-753.
- 6.- American College of Surgeon Traumatología, Nueva Editorial Interamericana SA de CV. Segunda Edición en español 1979.
- 7.- Campbell's W.C. Acute dislocation of hip. In his Campbell's operative 5 ed. Saint Louis C. V. Mosby, 1971 P. 415.
- 8.- Nelson C.L. Traumatic Severent dislocation of the hip, Jornal of Bone and Joint surgery, 52-A (1): 128-130, Jan., 1970.

- 9.- Testut, L.T. Latarjet, A. Tratado de anatomía Humana. Osteología, artrología, miología 9a. Ed. Barcelona Ed. Salvat 1957 pp. 670-686.
- 10.- Quiroz, Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, México Porruá 1977 T.1, pp. 277-283.
- 11.- Hunter G.A. Posterior dislocation on fractures dislocation of the hip journal of Bone and Joint surgery 53-A (6): 781-782 June 1971.
- 12.- Dislocation Traumática Coxefemoral su Futuro. Tesis presentado por el Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco (1974).
- 13.- Luxación Central de la Cadera tesis presentado por el Dr. Edgar Augusto Espinoza Prado 1978.

Br.

Br. ROBERTO ANTONIO AMAYA SOLORZANO.

Dr.

HAROLDO RAMIREZ PEREZ

Dr.

Revisor.

Dr. RICARDO DE LEON REGIL

Fase III

ALBERTO WALDHEIM CORDON

Dr.

Secretario

Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Dr.

Decano.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.