

11275
2 of 23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA MEDICA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia**

**ESTUDIO DE CASOS DE LUXACION COXOFEMORAL
TRAUMATICA EN ADULTOS Y SUS
COMPLICACIONES**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :

DR. LEOCADIO VALENTIN GARCIA PACHECO

**PARA OBTENER EL GRADO DE
E S P E C I A L I S T A E N :
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. LETICIA CALZADA PRADO

1987

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

JUSTIFICACION	1
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS	10
DISCUSION Y COMENTARIOS..	20
CONCLUSIONES	23
RESUMEN	25
BIBLIOGRAFIA	26

La luxación traumática coxofemoral, es la lesión más devastadora del sistema musculoesquelético, que afecta principalmente a personas en edad productiva y que deja secuelas invalidantes, debido a sus frecuentes complicaciones o lesiones asociadas que la acompañan.

Desde 1869 Bigelow interpretó detalladamente la luxación traumática de la cadera, considerando a ésta como una lesión poco frecuente, actualmente su incidencia ha ido en aumento en relación con los accidentes en las vías de comunicación (vehículos motorizados) y con la omisión del cinturón de seguridad (16).

Masson estudió 88 casos notificados durante el lapso de 1922 a 1954 (7). En México Casañaño en 1941 publica el tema luxación traumática de cadera en niños (5) y en 1964 Fernández Herrera divulga un caso de luxación coxofemoral anterior en una niña que evolucionó a la necrosis avascular de la cabeza femoral (12). Lemoines en 1957, demostró la función vascular de la epífisis femoral proximal aplicada a modelos de conejo para estudio postreducción. Downey en 1979 reporta un estudio de 39 luxaciones traumáticas de cadera donde la incidencia de necrosis avascular de la cabeza femoral es de aproximadamente el 10 % en aquellas que se reducen dentro de las primeras 24 horas (9).

Existen otros estudios no relacionados con la luxación traumática de cadera, pero merecen mención como el de By Cassey Lee reportado en 1980, donde se estudian 33 pacientes con necrosis avascular idiopática de la cabeza del fémur, encontrándose

como factores predisponentes el alcoholismo, ingestión de esteroides, artritis gotosa, hiperuricemia y hemoglobinopatías (4).

Barquet en 1981 y 1982 reporta un caso de luxación anterior y otro de luxación posterior con fractura de la diáfisis femoral ipsilateral en niños (1-2). Epstein publica en 1933 una revisión de 830 casos de luxación traumática de cadera en la Universidad de California en los Angeles durante un periodo de 48 años, la mayoría de los resultados son en adultos; concluyendo que es la consecuencia de serios accidentes por vehículos motorizados, con un cálculo del 62 al 93 % (11).

En 1984 John Drake hace énfasis en la importancia que tiene la hemorragia intracapsular como factor contribuyente de la necrosis avascular de la cabeza femoral, sin olvidar que la presión intracapsular de más de 80 mm de mercurio interfiere con la circulación de la epífisis capital femoral. (10).

Se han reportado diferentes tipos de mecanismo en la génesis de la luxación traumática coxofemoral como son:

1. EFECTO DE PALANCA Y TORSION.- En el que la pelvis y el resto del cuerpo se mueven sobre el fémur fijo y la diáfisis actúa como brazo de resistencia que extrae la cabeza de la cavidad cotiloidea. Ejemplo: Atropellamientos, caída de grandes alturas, hundimientos, etc.

2. CHOQUE AUTOMOVILISTICO.- Durante esta la pared dorsal y dorsomedial de la ceja cotiloidea es impelida hacia adelante contra la cabeza femoral fija y sucede cizallamiento, el fragmento desprendido es pequeño en adducción y aumenta en la abducción, si el tórax se encuentra inclinado hacia atrás, la cadera está en extensión y ocasiona un fragmento cuneiforme dorsomedial; este mecanismo se acompaña de lesiones como fractura expuesta de rótula, tibia o

supracondílea de fémur.

3. CHOQUE COMBINADO CON EFECTO DE PALANCA.- Don -
de actúa una gran violencia sobre el trocánter mayor y en la dirección -
del cuello femoral, que hace estallar la cavidad cotiloidea y por un -
efecto de palanca sale la cabeza femoral del cótilo (3).

La luxación traumática de cadera en adultos ha incrementado su frecuencia con el advenimiento del vehículo motorizado predominando en las grandes ciudades, afectando principalmente a gente en edad productiva, sobre todo durante la segunda y tercera década de la vida; un manejo inadecuado de esta patología puede dejar secuelas incapacitantes.

El presente estudio se llevo a cabo con la finalidad de determinar la incidencia, factores predisponentes y complicaciones de esta patología en nuestro medio, específicamente dentro del Hospital General de Coyoacán "XOCO", perteneciente a la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

Teniendo como objetivo principal el determinar la frecuencia de presentación y complicaciones de este padecimiento dentro del Hospital General de Coyoacán "XOCO".

Específicamente analizando los factores que predisponen a una luxación; identificando métodos de tratamiento para el manejo ideal de esta entidad clínica y su evolución; observando las complicaciones en orden de frecuencia; verificando el tratamiento que menor número de complicaciones nos dió y reafirmando que la necrosis avascular se halla relacionada con la edad, la intensidad del traumatismo y el tiempo que transcurre entre la lesión y la reducción, asociada al tiempo de sustentación.

MATERIAL Y METODOS.

Se incluyeron en el presente estudio pacientes - de ambos sexos que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Coyoacán "XOCO", con luxación traumática coxofemoral mayores de 17 años de edad sin distinción de sexo y nivel socioeconómico.

Fueron excluidos los pacientes que presentaron - fractura luxación central de cadera, luxación congénita de cadera, así como patología de tipo neuromuscular previa que se considere un factor - predisponente para la luxación traumática coxofemoral, siendo motivo de - eliminación las causas de defunción.

Se llevo a cabo el estudio en el Hospital General - Coyoacán "XOCO", perteneciente a la Dirección General de los Servicios - Médicos del Departamento del Distrito Federal, durante el lapso comprendido del primero de enero al treinta de octubre de mil novecientos ochenta y seis. Se incluyeron en forma simple aleatoria todos los pacientes - que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital mencionado. En - todos los pacientes mayores de 17 años de edad que al ingresar al - servicio de urgencias tuvieran como antecedente de importancia traumatismo - a nivel de la cadera o en su defecto politraumatizados, y que al - explorarlos presentaran clínicamente en uno o en ambos miembros pélvicos los - siguientes datos físicos (actitud clínica): Cadera en flexión o extensión; adducción o abducción con rotación interna o externa del eje y - acortamiento de la extremidad; se efectuó una exploración integral para - descartar lesiones acompañantes y secundariamente realizarle un estudio - radiográfico anteroposterior de pelvis y caderas, complementando éste - cuando fuera necesario de los sitios de lesiones asociadas.

Se partió de las siguientes clasificaciones para poder determinar el tipo de lesión presente;

I.- ANATOMICA.

a). Anterior con variedad púbrica y obturatriz.

b). Posterior con variedad ilíaca e isquiática.

II.- Se tomó en consideración la clasificación de STEWART Y MILFORD para determinar la gravedad de la fractura acompañante del acetábulo, diáfisis femoral o cabeza.

a). Luxación simple o con un fragmento pequeño fracturado del acetábulo.

b). Luxación con uno o más fragmentos grandes de la caja de la cavidad cotiloidea.

c). Fractura explosiva con desintegración de la caja del acetábulo que produce inestabilidad.

d). Luxación con fractura de la cabeza o cuello femoral.

e). Luxación con fractura de la diáfisis femoral.

Fueron tomados en consideración: edad, sexo, exploración clínica integral haciendo énfasis en la integridad del nervio ciático mayor, el lado afectado, el estudio radiográfico, el tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento, las maniobras efectuadas y número de intentos así como la evolución entre tratamiento- rehabilitación - sustentación.

Una vez integrado el diagnóstico con los datos clínicos ya mencionados y verificado con el estudio con el estudio radiográfico se procede a la reducción de la luxación primero por método cerrado, empleándose la técnica descrita por Jacob Bigelow de la siguiente manera:

1. Paciente en posición decúbito dorsal y bajo anestesia -

sia general.

2.- Se lleva la cadera en flexión de 90 grados o más.

3.- Un ayudante estabiliza la pelvis.

4.- Se hacen movimientos de rotación con suavidad y aducción de la cadera.

5.- Verificándose la reducción rotando internamente la cadera y dándole extensión suavemente hasta que sea completa.

6.- Finalmente se practican estudios radiográficos para verificar la reducción.

Debemos aclarar que esta maniobra es para las luxaciones de tipo posterior que son las de mayor incidencia, cuando se tratan de variedades anteriores primero se hicieron posteriores para ser reducidas después con esta maniobra. Insistiendo que todo tipo de procedimiento se llevo acabo con suavidad dado la posibilidad de una fractura.

Una vez comprobada la reducción en forma adecuada se colocó tracción esquelética supracondílea por 21 días, al retirarse ésta se continuó con reposo absoluto de la articulación acompañada de rehabilitación por 60 días, tiempo en que se inicia la sustentación parcial con descarga hasta los 6 meses en que se indica la marcha sin apoyo.

En los casos que requirieron tratamiento quirúrgico mediante una reducción abierta se siguió la siguiente técnica:

- 1.- Bajo anestesia general o regional con bloqueo.
- 2.- Posición de decúbito lateral.
- 3.- Asepsia y antisepsia del miembro pélvico.
- 4.- Colocación de campos estériles.
- 5.- Abordaje posterior de la cadera , mediante una incisión a 2.5 cm de la espina ilíaca posterior hacia el trocánter mayor y la diáfisis femoral.
- 6.- Disección del tejido celular y aponeurosis.
- 7.- Disección roma del músculo glúteo mayor.
- 8.- Se identifican los músculos rotadores externos- los que se seccionan de su inserción teniendo cuidado de no lesionar la - arteria circunfleja.
- 9.- Se visualiza la cápsula, incidiendola para poder efectuar la reducción de la luxación principalmente cuando existen - lesiones en ojal que ocasionan que ésta sea irreductible.
10. Se reduce mediante la maniobra de flexión de- cadera y rotación, se verifica estabilidad de la articulación y en caso de fractura de la ceja posterior con un fragmento importante se fijará- con tornillos.
- 11.- Se efectúa plastia de la cápsula con Dexón - No. 1 y se coloca drenaje por succión (Drenovac 1/4").
- 12.- Se sutura por planos con Dexón No. 1 y Derma- lon No. 000.
- 13.- Colocándose clavo de Steimann supracondileo- en el fémur para tracción esquelética por 21 días.

Para su control posterior se practicó estudio radiográfico en proyecciones anteroposterior de pelvis y caderas a los 3 y 6 meses, considerando que en la literatura se reporta que la necrosis avascular es observada a los 2 meses, siendo los datos radiográficos los que se enuncian:

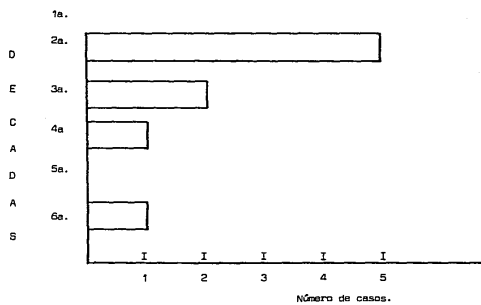
- a). Acrecentamiento difuso de la cabeza femoral.
- b). Una media luna radiotransparente de hueso subcondral en la porción superior de la cabeza femoral.
- c). La superficie de sustentación aplanada.
- d). Deformación de la congruencia entre la cabeza del fémur y el acetábulo.
- e). Línea subcondral afinada, borrosa o ininterrumpida en parte.
- f). Hueso denso y esclerótico en las regiones subcondrales adyacentes a la cabeza femoral y al acetábulo.

Con apoyo del Departamento de Medicina Nuclear se practicó gammagrafía ósea de la articulación coxofemoral a las 24 y 48 horas postreducción y una de control a los 6 meses de evolución.

RESULTADOS

LUXACION TRAMATICA DE CADERA EN ADULTOS.

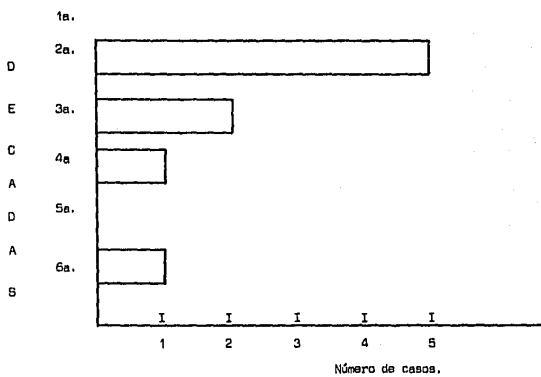
E D A D .



GRAFICA No. 1

LUXACION TRÁUMÁTICA DE CADERA EN ADULTOS.

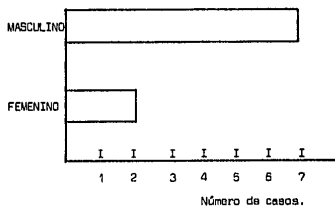
E D A D .



GRAFICA No. 1

LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA EN ADULTOS.

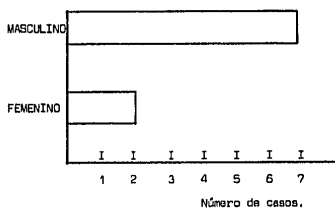
S E X O.



GRAFICA No. 2

LUXACION TRAUAMATICA DE CADERA EN ADULTOS.

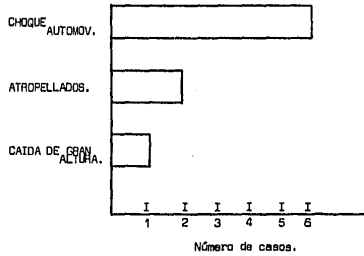
S E X O.



GRAFICA No. 2

LUXACION TRAMATICA DE CADERA EN ADULTOS.

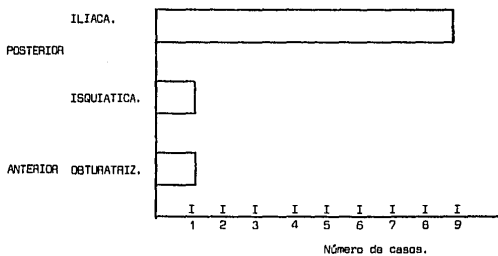
MECANISMO DE LESION.



GRAFICA No. 3

LUXACION COXFEMORAL EN ADULTOS.

VARIEDAD DE LUXACION.

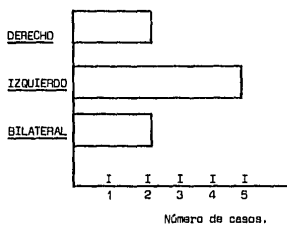


* 11 caderas luxadas en 9 pacientes.

GRAFICA No 4

LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA EN ADULTOS.

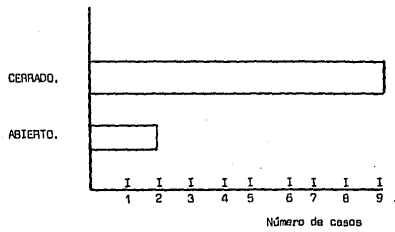
LADO AFECTADO .



GRAFICA No 5

LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA EN ADULTOS.

T RATAMIENTO.

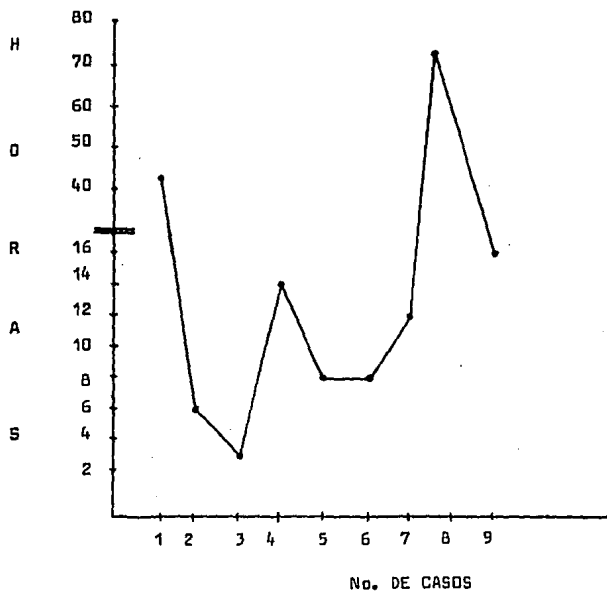


* 11 caderas en 9 pacientes.

G R A F I C A No 6

LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA EN ADULTOS

TIEMPO ENTRE LESIÓN Y REDUCCIÓN



GRAFICA No. 7

LUXACION TRAUMATICA DE CADERA EN ADULTOS,
 LESIONES ASOCIADAS.

LESION	No. CASO	%
AMPUTACION TRAUMATICA PIE DERECHO Y PIERNA IZQUIERDA. DISYUNCION PUBICA.	1 (1)	11.1%
FRACTURA DE DIAFISIS FEMORAL DE - RECHA, HERIDA POR DESLIZAMIENTO - DEL BRAZO CON LESION DEL NERVI - RADIAL IZQUIERDO, FRACTURA DE RA - MA ILEO E ISQUIOPUBICA DERECHA.	1 (2)	11.1%
FRACTURA CEJA POSTERIOR BILATERAL FRACTURA RAMA ILEOPUBICA DERECHA. FRACTURA SUPRADELTOPECTORAL HUME - RO DERECHA, FRACTURA EXPUESTA SU - PRA E INTERCONDILEA Y OLECRANON - GRADO III CON LESION DEL PLEXO - BRAQUIAL DERECHA.	1 (5)	11.1%
FRACTURA ESPINA TIBIAL Y CABEZA - PERONE IZQUIERDA, FRACTURA DE AR/ CDS COSTALES 5,6 y 7 IZQUIERDO.	1 (6)	11.1%

GRAFICA No. 8

LUXACION TRAUMATICA DE CADERA EN ADULTOS.

CONTROL RADIOGRAFICO.

OBSERVACION	No. CASO %	3 MESES	6 MESES
DESMINERALIZACION	8 (88,9)	8	8
SIN ALTERACIONES	1 (11,1)	1	1

GRAFICA No. 9

LUXACION TRAUMATICA DE CADERA EN ADULTOS.

GAMAGRAFIA OSEA.

CAPTACION DE 99 mTC	No. CASOS	%
AUMENTO LA CONCENTRACION	6	66.7
CONCENTRACION HOMOGENEA	2	22.2
DISMINUCION CONCENTRACION	1	11.1

GRAFICA No. 10

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION Y COMENTARIOS.

Se estudiaron 9 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Coyoacán "XOCO", con el diagnóstico de luxación coxofemoral traumática; durante el lapso del primero de enero al treinta de octubre de mil novecientos ochenta y seis. Siendo el análisis el siguiente:

1.- EDAD.- El grupo analizado fué en pacientes mayores de 17 años. con una mínima de 17 y máximo de 61 años (media de 27.8 años). Observándose la mayor frecuencia en la segunda década de la vida con 5 casos (55.6%), seguida de la tercera con 2 pacientes (22.2 %). Corroborándose que la luxación traumática de la cadera es una lesión del sistema musculoesquelético que afecta principalmente a individuos en edad productiva. GRAFICA No. 1.

2.- SEXO.- Existe un predominio del sexo masculino con 7 casos que corresponde al 77.8 % y solo 2 pacientes femeninos 22.2 %. Situación que concuerda con los reportes de Tronzo (15) y Tachdjian (14)-- Esto se relaciona con el tipo de actividades desempeñadas de acuerdo al sexo. GRAFICA No. 2

3.- MECANISMO DE LESION.- La mayoría de los autores coinciden que esta lesión es secundaria a traumatismos graves y que las complicaciones se encuentran en proporción con la intensidad del trauma entre otras. Tomando en cuenta la referencia de Schalansky que clasifica la intensidad en leve, moderada y severa. Este último ocupó el primer lugar, siendo los accidentes automovilísticos (choques) el número uno con

6 casos (66.7%), accidentes por impacto (atropellados) 2 pacientes (22.2%)
Esto obedece a que es una patología que se presenta con mayor frecuencia -
en las zonas urbanas y va en aumento por el uso de vehículos motorizados. -
GRAFICA No. 3

4.- TIPOS.- Partiendo de la clasificación anatómica -
y la de Stewart y Milford, encontramos que un 88.9% correspondieron a luxa-
ción posterior y de estos 9 casos fueron superiores o ilíacas y solo 1 ca-
so (11.1%) anterior obturatriz. Aclarando que fueron 11 caderas en 9 pa-
cientes. De la segunda clasificación 10 caderas se agruparon en el tipo I-
y solo 1 en el tipo V. Esta situación es acorde con las publicaciones -
existentes en la literatura mundial (11). GRAFICA No. 4

La lesión predominó en la cadera izquierda con 5 ca-
sos (55.6%), sobre la derecha con 2 pacientes (22.2%), siendo rara la le-
sión bilateral en la literatura, nosotros presentamos 2 casos con lesiones
asociadas graves (caso 2 y 5) . GRAFICA No. 5

5.- TRATAMIENTO.- El proceder asistencial no está -
bien definido y en las casuísticas mundiales existe diversidad de opinio-
nes en relación al tratamiento. Con respecto al manejo de esta lesión pudi-
mos observar que 9 caderas se trataron por método cerrado con la manobra-
de Bigelow (81.82%) y solo un 19.18% requirió tratamiento quirúrgico por -
lesión en ojal de la cápsula posterior. GRAFICA No. 6

6.- TIEMPO DE REDUCCION.- La necrosis avascular de--
la cabeza femoral secundaria a luxación traumática de la cadera se encuentra-
relacionada con el trinomio intensidad del traumatismo, tiempo de reduc-
ción y tiempo de sustentación. El lapso mínimo de reducción fué de 4 horas
con un máximo de 72 y una media de 19.5 horas, no siendo éste (tiempo) un-
factor decisivo para el tratamiento quirúrgico. GRAFICA No. 7

7.- LESIONES ASOCIADAS.- La literatura reporta que es una combinación poco frecuente de acuerdo a Sir Astley Cooper (16). Se presentan 4 casos (1,2,5 y 6). La mayoría de las lesiones en relación al mecanismo de producción. Concuerda con ser las fracturas de la ceja posterior del acetábulo y de pelvis las más frecuentes, siendo la última presente en 3 pacientes. GRAFICA No. 8

8.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.- Este se efectuó después de la reducción, a los 3 y 6 meses de la lesión. En 8 pacientes apreciamos una desmineralización de la cabeza femoral sin existir alteraciones en su forma (88.9%). No se observaron datos sugestivos de necrosis avascular, por consiguiente no se corroboró lo descrito en la literatura que la necrosis avascular se presenta después de 2 meses. Considerando que se trata de un reporte preliminar y que se continuará su control a mayor plazo podremos observar otras secuelas. GRAFICA No. 9

9.- GAMAGRAFIA OSEA.- Este método nos habla de la evaluación de la vascularización y la actividad metabólica del hueso. Se practicó a las 24 y 72 horas postreducción y un control a los 6 meses. En 6 casos apreciamos aumento en la concentración del ^{99}mTc que se haya en relación con la vascularidad de la cabeza femoral que va en incremento y en uno de ellos una disminución en la captación del ^{99}mTc que nos habla de la poca vascularidad. Correlacionando la gamagrafía con la radiografía coincide con la disminución de la mineralización ósea. La concentración homogénea nos demuestra que existe revascularización completa de la cabeza femoral. GRAFICA No. 10

CONCLUSIONES.

1.- La luxación traumática coxofemoral en adultos, ocupa el segundo lugar dentro de la patología de la cadera, en los pacientes vistos en el Hospital General de Coyoacán Xoco, durante el lapso del 1.º de enero al 30 de octubre. El total de ingresos fué de 894. De los cuales hospitalizados por lesiones de cadera fueron 75 (8.3) y con luxación de cadera son 9 lo que equivale a 1.01%.

2.- Existió un predominio del sexo masculino en relación al femenino con 7 casos.

3.- El mecanismo productor de la luxación es secundario a accidentes automovilísticos (choques) en primer lugar, en relación a los tipos la luxación posterior ilíaca sigue siendo la más importante por su frecuencia. No pudimos corroborar cual es la razón por la que la cadera izquierda fué la más afectada en relación a la derecha.

4.- El manejo que se estableció en el presente trabajo y con un seguimiento a 6 meses, no nos permite observar complicaciones a largo plazo. A pesar de los reportes de la literatura mundial de que estas lesiones se presentan a partir del 2o mes nosotros no las demostramos.

Por consiguiente se reafirma que las complicaciones de esta patología se encuentran en relación proporcional con la edad del paciente, el tiempo transcurrido entre la lesión y su reducción, el tratamiento y tiempo de sustentación.

5.- En vista de que se trata de un estudio preliminar de 9 casos que sumaron 11 luxaciones, con un seguimiento a 6 meses en donde no se observaron secuelas de las reportadas en la literatura, con

lo anterior se dejan las bases para incrementar la casística y continuar el seguimiento a largo plazo y así poder normal una conducta terapéutica de esta patología tan frecuente en nuestro medio, la cual se observó que va en relación con la urbanización y aumento en la circulación de vehículos motorizados.

R E S U M E N

Se realizó un estudio de luxación traumática coxofemoral en adultos y sus complicaciones, a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Coyoacán "XOCO". Se observó que es más frecuente en la segunda y tercera década de la vida, de predominio en el sexo masculino; encontrándose como mecanismo de producción el accidente automovilístico, la variedad de luxación que ocupó el primer lugar fué la posterior ilíaca y las lesiones asociadas son tan espectaculares que es fácil olvidar el diagnóstico de la luxación traumática coxofemoral lo que ocasionó un tratamiento tardío con un pronóstico reservado.

Se propuso el manejo a base de tracción esquelética por 21 días, reposo hasta completar los 60, iniciándose con rehabilitación temprana, posteriormente apoyo con descarga durante 6 meses, tiempo en que se inicia el apoyo total. Durante el seguimiento el estudio radiográfico mostró datos de desmineralización ósea sin alteraciones en la forma de la cabeza femoral en un 100 % de los casos. El estudio de gammagrafía reportó en 6 casos aumento en la captación del medio radioactivo, en 2 pacientes concentración homogénea y en uno disminución de la absorción del ^{99m}Tc .

Esta situación descrita en cuanto a incidencia por grupo de edad y sexo, mecanismo de lesión, variedades de luxación y lesiones asociadas es congruente con los reportes mundiales.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Barquet, C.L. TRAUMATIC HIP DISLOCATION WITH FRACTURE OF THE IPSI - LATERAL FEMORAL SHAFT IN CHILDHOOD. Arch. Orthop. Trauma 98: 68 - 72 , 1981.
- 2.- Barquet, C.L. TRAUMATIC ANTERIOR DISLOCATION OF THE HIP CHILDHOOD - Injury 13: (5) 435 - 440, 1982
- 3.- Böhler, Lorenz. TECNICAS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS 4a. edición Tomo III, 1219 - 1274, 1961
- 4.- By Cassey. THE SILENT HIP OF IDIOPATIC ISCHEMIC NECROSIS OF THE - FEMORAL HEAD IN ADULTS. Journal of Bone and Joint Surgery 62 A : 795 - 799, 1980.
- 5.- Caamaño, D.C. LUXACION TRAUMATICA DE CADERA EN NIÑOS. Bol. Med. J - 16 - 22 , 1948
- 6.- Campbell. CIRUGIA ORTOPEDICA 6a. edición Tomo 1. Editorial - Panamericana, 428 - 442 , 1981
- 7.- Charles, J.A.P. TRAUMATIC DISLOCATION OF THE HIP. J.A.M.A. 3342 -3346 (249), 1983.
- 8.- Choyce, C.C. DISLOCATION OF THE HIP IN CHILDHOOD AND RELATION OF - THE TRAUMA OF PSEUDOCOXALGIA. British Journal Surgery- 12: 52-59 , 1924.
- 9.- DOWNEY. TREATMENT OF UNREDUCED TRAUMATIC POSTERIOR DISLOCATION OF THE HIP. Journal Bone and Joint Surgery 61 A : - 2 - 5 , 1979.
- 10.- Drake, K.J. INTRACAPSULAR PRESURE AND HYDROARTROSIS FOLLOWING FEMORAL NECK FRACTURE. Clinic. Orthop. 182: 172-175, 1984.
- 11.- EPSTEIN, H.C. TRAUMATIC DISLOCATION OF THE HIP. Clinic. Orthop. - 92: 116 - 142, mayo 1973.
- 12.- Fernández, H. LUXACION TRAUMATICA ANTERIOR DE CADERA EN LA INFANCIA. Boletín Infantil de México, XXII, 95-99, 1964.
- 13.- Kapandji, I.A. CUADERNOS DE FISILOGIA ARTICULAR. 3a edición. Editorial Toray Masson. Barcelona 9-66, 1977.
- 14.- Tachdjian, O.M. ORTOPEdia PEDIATRICA. 1a edición, Interamericana, - tomo II , 1635-1655, 1976.
- 15.- Tronzo, E.G. CIRUGIA DE LA CADERA. 1a reimpresión. Editorial Panamericana. 512-518, 1980.
- 16.- Watson, J. FRACTURAS Y HERIDAS ARTICULARES. Barcelona. 3a edición. Editorial Salvat 845-852. 1980.