



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

---

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACION CONTINUA E INVESTIGACIÓN  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ORTOPEDIA

“EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LUXACIONES TRAUMATICAS DE  
CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO EN EL PERIODO  
2005-2007”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
PRESENTA  
DR. OLIVER PAUL PINEDA CASTRO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
ORTOPEDIA  
DIRECTOR DE TESIS  
DR. JORGE A. AVIÑA VALENCIA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.



“Experiencia en el tratamiento de las luxaciones traumáticas de cadera en el Hospital General Dr. Rubén Leñero en el periodo 2005-2007”

**Dr. Oliver Paul Pineda Castro**

**Vo.Bo.**

**Dr. Jorge Arturo Aviña Valencia**

Profesor Titular del Curso de Especialización  
en Ortopedia

**Vo. Bo**

**Dr. Antonio Fraga Mouret**

Director de Educación e Investigación



Experiencia en el tratamiento de las luxaciones traumáticas de cadera  
En el Hospital General  
Dr. Rubén Leñero de la secretaria salud Distrito Federal  
En el periodo 2005-2007

Dr. Oliver Paul Pineda Castro\*

## Resumen

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal a través del censo de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de luxación de cadera en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, en el periodo 2005-2007. Se estudiaron 11 expedientes de pacientes de los cuales 8 fueron hombres, la edad en donde se presentó más esta lesión fue en la segunda y tercera década de la vida y el lado más afectado fue el derecho con la variedad iliaca, el mecanismo de lesión más frecuente fue el accidente automovilístico tipo choque, la reducción se llevó a cabo con maniobras externas, la maniobra de Allis fue la más usada y se realizó bajo efectos anestésicos en la sala de trauma choque con menos de 6 horas de evolución en la mayoría de los casos.

La luxación traumática coxofemoral se considera una urgencia y es una lesión que ha ido en aumento en los últimos años debido al incremento de los accidentes automovilísticos.

## Summary

Between January 2005 and December 2007, clinical files of patients with diagnosis of hip dislocation in the General Hospital Dr Ruben Leñero were analyzed, in period 200-2007.

11 files of patients studied of who 8 were men, the age where I appear but this injury was in second and third decade of the life and the affected side but was the right with the iliac variety, the injury mechanism but type frequents was the automobile accidents hits, the reduction I am carried out with external maneuvers, the maneuvers of Allis was but used and I am realised under anesthetic effects in the room of trauma hits 6 hours of evolutions in the majority of the cases less than.

The traumatic dislocation hip considers urgency, and is an injury that has increased in the last years due to the increase of the automobile accidents.

Palabras claves: luxacion, cadera, tratamiento.

Keys words: dislocation, hip, treatment

\* Medico Residente De Ortopedia Cuarto Año Hospital General Xoco

Correspondencia

Dr. Oliver Paul Pineda Castro. Av. Ruiz Cortinez # 108 Colonia san Miguel Acapantzingo, CP 62440

Cuernavaca Morelos

[Opopeo@hotmail.com](mailto:Opopeo@hotmail.com)

## Introducción

Las luxaciones traumáticas de cadera (LTC) corresponden al 2-5% de todas las luxaciones del cuerpo.<sup>1</sup> La frecuencia se ha incrementado considerablemente durante las últimas décadas debido al desarrollo tecnológico de los vehículos automotores y por un aumento en la velocidad de los mismos.

La LTC se considera una urgencia, siendo producto en la mayoría de los casos de traumatismos de alta energía como los accidentes automovilísticos tipo choque y por caídas de altura de más de 3 metros.<sup>2, 3</sup>

Las LTC como lesión pura o asociada a fractura del acetábulo y/o cabeza femoral es resultado de un mecanismo de alta energía y además es común que se presente asociada a lesiones sistémicas, debe considerarse como una entidad diferente a la fractura - luxación.<sup>4,5</sup> Y algunos estudios han reportado mejor pronóstico a largo plazo para la luxación pura.<sup>7-10</sup>

La dirección de la luxación dependerá de la posición de la extremidad al momento de la lesión, de la fuerza aplicada y de la anatomía propia del paciente.<sup>11, 12</sup>

La proporción luxación posterior/anterior es de 9:1; de las anteriores, la más frecuente es la inferior u obturatriz.<sup>1</sup> En cuanto a las posteriores la variedad iliaca ocupa más del 90%. El 1% son bilaterales y ocasionalmente se puede encontrar en el lado anterior y el posterior en el contralateral.<sup>13, 14</sup>

El mecanismo típico de la luxación posterior es un accidente automovilístico con desaceleración en el que las rodillas chocan contra el tablero, con las rodillas y las caderas flexionadas. La posición de la cabeza femoral al momento de la lesión es determinante en la dirección de la luxación, con la flexión y aducción se ve favorecida una luxación pura, mientras que con flexión y abducción se favorece fractura de la pared posterior del acetábulo previa luxación.<sup>15,17</sup>

El mecanismo de la luxación anterior, mucho menos frecuente, es la abducción y extensión de la cadera. Este mecanismo puede presentarse cuando el acompañante en el vehículo está con las caderas en abducción y rotación externa, junto con un mecanismo de desaceleración.

En ausencia de fracturas de cuello y diáfisis femoral asociada, la postura y la movilidad de la extremidad pueden orientar hacia el diagnóstico.<sup>1</sup> En la luxación posterior el muslo está en actitud de flexión, aducción y rotación interna.

Contrariamente, en la anterior tipo púbica, el miembro inferior se presenta en completa extensión, con rotación neutra o externa, por lo que puede aparentar una fractura de fémur proximal; sin embargo en la de tipo obturatriz se encuentra al miembro en flexión, abducción y rotación externa. En pocas ocasiones se diagnostica luxación inferior o erecta, en la que se encuentra la cadera en flexión extrema, así como la rodilla flexionada contra el pecho (18).

El diagnóstico se establece clínica y radiográficamente desde la evaluación inicial del paciente, incluyendo una radiografía AP de pelvis con la que se pueden identificar la mayoría de las lesiones del anillo pélvico. Otros estudios complementarios son las proyecciones oblicuas de Judet y la tomografía axial y tridimensional se deben realizar como parte del protocolo de atención después de la reducción y cuando el paciente se encuentre en condiciones estables.

Dentro de las clasificaciones la más usada es la de Thompson y Epstein donde inicialmente fueron descritas para luxaciones posteriores y demostraba que la severidad de la lesión inicial influye en los resultados a largo plazo (19).

El principal objetivo del tratamiento es evitar las complicaciones y/o secuelas, para lo cual es necesario evaluar personalmente cada paciente y determinar si la reducción cerrada ha sido satisfactoria y si será necesario realizar otro tipo de procedimiento.(5,20)

La reducción de urgencia es el procedimiento prioritario y debe hacerse preferentemente antes de 6-8 horas de evolución.

En caso de luxación pura o fractura luxación debe intentarse reducción cerrada como opción inicial si no hay fractura del cuello femoral asociada.

Esta debe realizarse bajo efectos de anestesia general, para la cual se han descrito varias maniobras de reducción, que en términos generales estas son muy similares; dentro de las cuales, la de Allis es la más usada, que consiste en movimientos realizados para la reducción, es tracción axial del muslo y contracción pélvica produciéndose los movimientos inversos al mecanismo de lesión. (20)

En México no existen datos estadísticos que confirmen estos hechos que se plantean en la literatura mundial, por lo que es necesario sustentar las bases de esta lesión en nuestra población, dado que afecta a un grupo de población económicamente activo y cuyas incapacidades temporales o permanentes producen ausentismo laboral y secuelas propias de las lesión a corto como: la lesión vascular o nerviosa y a largo plazo como: la artrosis postraumática y la necrosis avascular de la cabeza femoral. Por lo que se plantea como objetivo del estudio: determinar las características del accidente, el tratamiento y la evolución de los pacientes con luxación cadera atendidos en el Hospital General Dr. Rubén Leñero durante el periodo comprendido del 2005-2007.

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal a través del censo de expedientes clínicos de pacientes de ambos sexos, mayores de 16 años, con diagnóstico de luxación cadera en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, en el periodo 2005-2007; se excluyeron los expedientes de los menores de 16 años, que hayan recibido manipulación previa y se eliminaron los expedientes que no contaban con la totalidad de datos para la realización del estudio.

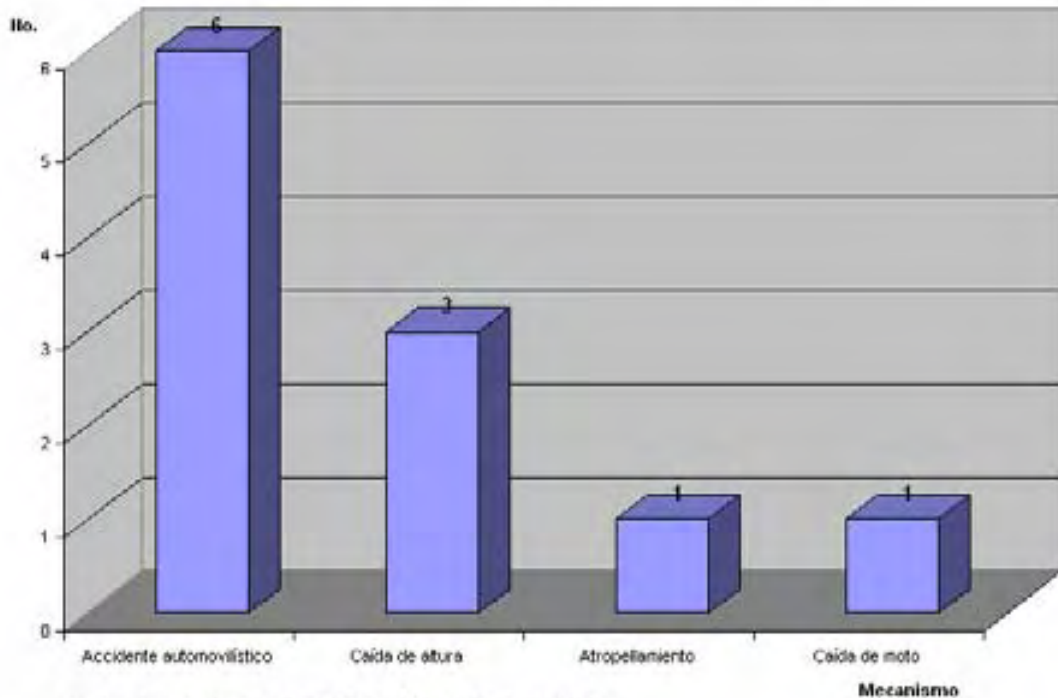
Para la cual se utilizó un formato ex profeso que incluía las siguientes variables: edad, sexo, lado afectado, mecanismo de lesión, tipo de luxación, tiempo transcurrido hasta la reducción, tratamiento inicial, lesiones asociadas y complicaciones. Se realizó un análisis descriptivo y desde el punto bioético fue una investigación sin riesgo.

## Resultados

Se obtuvieron 11 expedientes clínicos, el 73% (8 casos) del sexo masculino y el 28% del sexo femenino, con una edad media de 28 años y una  $\sigma = a$  12.5 años, con un rango de 16 a 48 años.

El 90.9% presento lesión de la cadera del lado derecho, el tipo de luxación mas frecuente fue la posterior con la variedad iliaca en el 81.8%. El mecanismo de lesión mas común fue el accidente automovilístico tipo choque en el 54.5% (6 casos), fig. 1. De acuerdo con la clasificación de Thompson el 81.8% fueron tipo I que corresponden a la luxación pura, Tabla 1. El tiempo de evolución previa reducción fue del 81.8% menor de 6 horas. La reducción se realizo en urgencias bajo efectos de anestesia con maniobras externas en 8 pacientes (72.7%) y 3 en quirófano (27.2%), solo un paciente requirió tratamiento quirúrgico para la reducción. El 18.1% presento lesiones asociadas, las cuales fueron: traumatismo craneoencefálico, trauma cerrado de abdomen y tórax. La maniobra de reducción que más se utilizo fue la Allis para la luxación posterior en 9 pacientes, y en un paciente la de Allis inversa para la anterior y un paciente con luxación con fractura acetabular y protusion intrapelvica al cual se le coloco tracción transtrocantérica. Solo en 2 pacientes (18.1%) se les realizo Tomografía Axial Computarizada posreducción. No se obtuvieron datos sobre complicaciones y/o secuelas ya que ningún paciente regreso a control a la consulta externa.

Fig. 1 Mecanismo de lesión de las luxaciones coxofemorales



Fuente.- Archivo clínico del Hospital General Ruben Leñero - 2005-2007.

**Tabla N°1**

<b>CLASIFICACION DE THOMPSON Y EPSTEIN</b>	
<b>TIPO 1</b>	<b>Luxación pura o con mínima fractura de la ceja acetabular</b>
<b>TIPO 2</b>	<b>Luxación con gran fragmento de la pared posterior</b>
<b>TIPO 3</b>	<b>Luxación y fractura conminuta de la pared posterior</b>
<b>TIPO 4</b>	<b>Luxación y fractura del fondo del acetábulo</b>
<b>TIPO 5</b>	<b>Luxación y fractura de la cabeza femoral</b>

### **Discusión**

El número de casos obtenidos en el estudio fue muy bajo, similar a lo reportado en la literatura, que corresponden al 2-5% de todas las luxaciones del cuerpo. (1)

La luxación traumática de cadera en el adulto es una lesión que ha ido en aumento en los últimos tiempos, debido al incremento de los accidentes automovilísticos de alta energía. Los resultados en cuanto a la edad, sexo, tipo, variedad de luxación, mecanismo de lesión, tipo de maniobra y de reducción más usada y el lugar de realización de la misma son parecidos a los reportados por de la Sierra Peña y Rockwood. (1-21).

El tiempo transcurrido entre accidente y reducción de la cadera menor de las seis horas, tienen siempre gran importancia pronostica Hongard y Thomsen en las luxaciones posteriores de cadera, como se observo en estos pacientes. (5)



Se debe distinguir la luxación simple como una entidad diferente, pero con tratamiento inicial y cuidados afines a los de la fractura-luxación. La técnica que más se utilizó, fue la de Allis recomendada en la literatura mundial, (20) y que fue aplicada independientemente del médico ortopedista tratante. Y en los casos de fractura del cuello femoral, interposición de tejidos blandos, fragmentos óseos intraarticulares grandes o reducción inestable por fractura acetabular es la reducción abierta.

La luxación traumática de cadera es una lesión que antiguamente se creía poco frecuente, pero que en los últimos años los casos han aumentados de forma considerable que predomina en el sexo masculino y en la tercera década de la vida.

Es importante concientizar y enfatizar al paciente que la lesión que presenta, debe tener un seguimiento a largo plazo, aunque no presente sintomatología al reincorporarse a sus actividades normales, ya que la falta de un control puede provocar alguna complicación o secuela a largo plazo, como son: la necrosis avascular de la cabeza femoral y artrosis cadera principalmente.

#### Referencias bibliográficas

1. 1. Rockwood A, Green DP. *Fractures in Adults*. 5ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002.
2. 2. Fernández PLJ, El-mann AE. Luxación traumática de cadera. *Experiencia en el hospital ABC*. Ann Med Hosp. ABC 1998; 43 (2): 52-6.
3. 3. Jaskulka RA, Fischer G, Fenol G. Dislocation and fracture dislocations of the hip. *J Bone Joint Surg* 1991; 73B: 465-9.
4. 4. Suraci AJ. Distributions and severity of injuries associated with hip dislocations secondary to motor vehicle accidents. *J Trauma* 1986; 26; 458-460
5. 5. Tornetta P, Mostafavi HR. Hip dislocations: current treatment regimens. *J Am Acad Orthop Surg* 1997; 5; 27-36.
6. 6. Upadhyay SS, Moulton A, Borwell RG. Biological factors predisposing to traumatic posterior dislocations of the hip: a selection process in the mechanism of injury. *J Bone Joint Surg* 1985; 67-B: 232-6.
7. 7. Jacob JR, Rao JP, Ciccarelli C. Traumatic dislocation and fracture dislocations of the hip: a long term follow up study. *Clin Orthop* 1987; 214: 249-63.
8. 8. Kristensen O, Stougaard J. Traumatic dislocation of the hip: result of conservative treatment. *Act Orthop Scand* 1970; 41: 188-98.
9. 9. Nicoll EA. Traumatic dislocation of the hip joint. *J Bone Joint surg* 1952; 34B: 5035.
10. 10. Reigstad A. Traumatic dislocation of the hip. *J Trauma* 1980; 20: 603-6.
11. 11. Upadhyay SS, Moulton A. The long-term results of traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint surg* 1981; 63B: 548-51.

12. 12. Campbell. *Cirugía ortopédica décima edición*. Madrid. Editorial Mosby; 2004.
13. 13. Rodríguez Merchán EC, Ortega Andréu M, Alonso Carro G. Luxación traumática de cadera. *Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. Madrid: Editorial Panamericana; 2003, páginas 744-749.
14. 14. Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1973; 92:116-142.
15. 15. Guyton JL. Fractures of hip, acetabulum and pelvis in canal (ed) *Campbell's operative orthopaedics*. SL Missouri: Mosby; 1998: 2224.
16. 16. Levin PE. Hip dislocation. In: Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trattton PG (eds); *skeletal trauma Philadelphia*: WB. Saunders; 1992; (2).
17. 17. Tile M. Fractures of the pelvis and acetabulum (ed). Williams and Wilkins. 2<sup>nd</sup> ed, 1995; 265.
18. 18. Stewart MJ, Milford LW. Fracture dislocation of the hip: an and-result study. *J Bone Joint surg* 1954; 36-A: 315-342.
19. 19. Thompson UP, Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. A Survery of two hundred and four cases covering a period of twenty one years. *JBone Joint surg*.1951; 33-A:746-78.
20. 20. Epstein HC. Posterior fracture dislocation of hip. *J Bone Joint surg* 1974; 56-A: 1103-11.
21. 21. De la Sierra, Peña. Fracturas luxaciones de la cadera. *Rev orthp traum* 1983; 27(3); 345