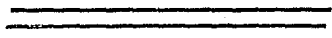


11245

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores

29/80



Dirección General de Servicios Médicos
del Departamento del Distrito Federal
Subdirección de Enseñanza e Investigación

ESTUDIO DE 12 CASOS DE LUXACION
TRAUMATICA DE CADERA EN NIÑOS

Trabajo de Investigación Clínica
PARA OBTENER EL GRADO DE
Especialidad en Ortopedia y Traumatología
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

SERGIO ALBERTO PARES SIERRA
Director de Tesis; Dr. Jorge García León

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
LIBRILLA DE ORIGEN**

1983



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.

INDICE

I- INTRODUCCION

II- OBJETIVOS

III- MATERIAL Y METODOS

IV- RESULTADOS

V- CONCLUSIONES

VI- BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

- 1.- Revisar las opiniones, observaciones y experiencias previamente reportadas, acerca de ésta -- patología en niños.
- 2.- Enunciar las diferencias básicas encontradas, con la luxación traumática de cadera en adultos.
- 3.- Reportar doce casos de luxación traumática de cadera en niños, que se detectaron en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal, en el período comprendido entre Diciembre de 1981 y Diciembre de 1982.
- 4.- Hacer notar la mayor incidencia encontrada por nosotros, respecto a reportes previos de la -- misma patología.
- 5.- Estimular a mis compañeros, a seguir la evolución de los pacientes, idealmente hasta la maduración esquelética de los mismos, y a reportar -- nuevos casos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan doce pacientes que fueron detectados en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal, en el período comprendido entre Diciembre de -- 1981 y Diciembre de 1982, que sufrieron luxación traumática de cadera, diez hombres y dos mujeres, cuyas edades variaron entre cuatro años el más pequeño y catorce años el mayor.

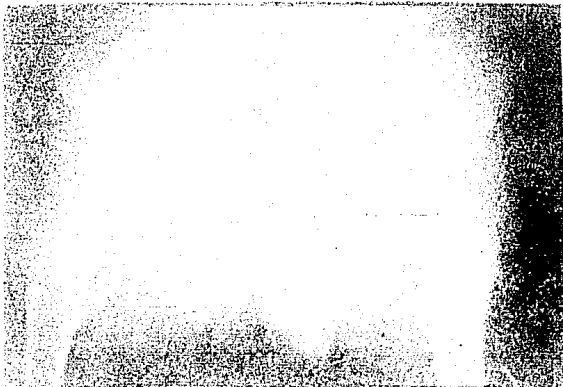
Se describen los métodos de manejo llevados al cabo, la evolución clínica y radiológica, relacionándolo de acuerdo a edad, mecanismo, severidad de la lesión, tiempo transcurrido desde el traumatismo hasta el diagnóstico y la reducción, y el método empleado para la misma. Por último se reporta el estado actual del paciente, clínico y radiológico.

Se investigaron las opiniones conocidas en -- base a reportes previos acerca de ésta patología, haciendo una comparación con los resultados obtenidos con nuestros pacientes, habiendo hecho un reporte de cada uno de los casos desde el momento del diagnóstico hasta la evolución actual.

REPORTE DE CASOS

CASO No 1 R.S.T. Masculino de 12 años, que sufrió traumatismo directo sobre su muslo derecho al ser arrollado por vehículo en movimiento el 19 de Diciembre de 1981, permaneció sin tratamiento por negligencia de los padres hasta el 21 de Enero de 1982, cuando fué llevado al Hospital - Infantil de Moctezuma en donde se hizo el diagnóstico de luxación posterosuperior de cadera derecha, practicando la reducción por manio -- bras externas, con anestesia general, sin dificultades. Se colocó después de ello tracción esquelética supracondilea manteniendola -- 15 días, después de los cuales se colocó aparato de yeso, hasta Marzo 19 de 1982 cuando se -- inició el apoyo gradual. (fotografías 1 y 2)

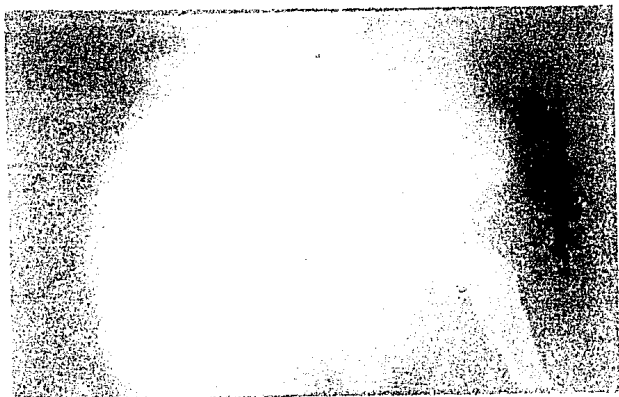
CASO No 2 C.C.M. Femenino de 12 años de edad, quien -- después de una caída de aproximadamente tres -- metros presentó incapacidad para la deambulación por dolor en la cadera derecha, por lo -- que 24 horas después, el 8 de Marzo de 1982, -- fué llevada al Hospital Infantil de Coyoacan -- en donde se diagnosticó y se practicó reducción bajo anestesia general, por amniobras -- externas según el método de Böhler, sin problemas para llevarla al cabo. Se colocó tracción supracondilea durante 21 días, permitiendo el apoyo hasta Octubre de 1982.



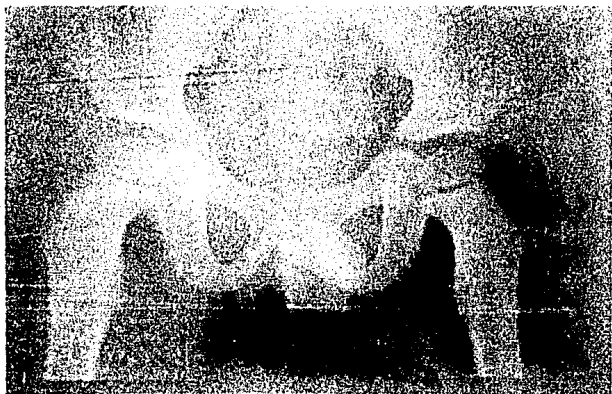
No 1 R.S.T. Radiografía tomada a su ingreso (abajo)
No 2 R.S.T. Radiografía obtenida postreducción.

CASO No 3 C.J.A. Masculino de 4 años, que el 28 de -
Marzo de 1982, después de ser atropellado por -
un vehículo en movimiento fué llevado al Hospi-
tal Infantil de Coyoacan en donde fué atendido
de lesiones triviales e internado con diagnósti-
co de presunción de fractura de femur, 24 horas
después se efectuó el diagnóstico de luxación -
posterior de cadera y se redujo bajo anestesia
general, sin complicaciones inmediatas. Se co-
locó tracción esquelética supracondilea durante
tres semanas después de las cuales fué dado de
alta con indicaciones de no apoyar hasta Sep --
tiembre, cuando se encuentra asintomático y sin
signos radiológicos de necrosis avascular.
(fotografías 3, 4 y 5)

CASO No 4 C.R.J. Masculino de 6 años, que el 12 de -
Mayo de 1982, 24 horas después de haber presen-
tado incapacidad para la deambulacion por dolor
en la cadera, posterior a traumatismo mínimo --
producido al caer de la cama, fué llevado al --
Hospital Infantil de Coyoacan en donde se hizo
el diagnóstico de luxación posterosuperior de -
cadera y la reducción tipo Bohler, bajo aneste-
sia general, sin dificultad. Se colocó enton-
ces tracción esquelética supracondilea que se -
suspendió una semana después por presentar in--
fección a nivel de la inserción del clavo, con-
tinuando con tracción cutánea durante dos sema-



No 3 C.J.A. Radiografía obtenida al ingreso



No 4 Radiografía obtenida seis meses posteriores a la lesión, no hay signos radiológicos de necrosis avascular. C.J.A.

nas más, después de lo cual se inició la deambulación sin apoyo hasta cumplir seis meses de la luxación.

En Septiembre se encuentra asintomático y sin signos radiológicos de necrosis avascular. (fotografía No 6).



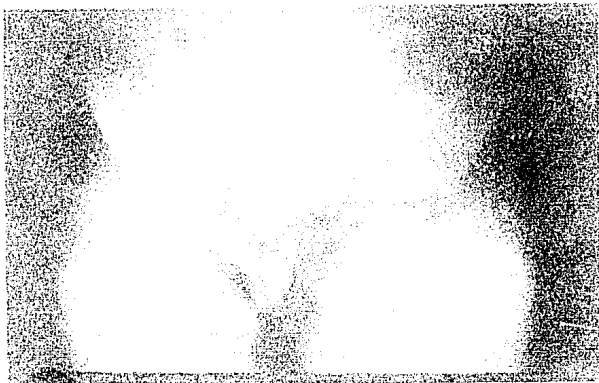
No. 6 C.R.J. Radiografía efectuada seis meses después de la luxación, no hay datos de necrosis avascular.

CASO No 5 T.C.S. Masculino de 7 años, que el 22 de Mayo de 1982, después de haber caído de aproximadamente tres metros sobre su muslo izquierdo fué atendido con el diagnóstico de fractura del tercio medio del femur mediante inmovilización con férula posterior. Dos días después se hizo el diagnóstico de luxación de la cadera ipsilateral y se practicó reducción con anestesia general por maniobras externas sin dificultad.

Se colocó en un aparato de yeso tipo Callot y fué dado de alta dos días después. - Fué atendido posteriormente en otro Hospital, - (IMSS), en donde mantuvieron el molde de yeso durante tres meses después de los cuales se indicó la deambulaci3n con apoyo. En Noviembre de 1982 se encuentra asintomático, sin acortamiento ni deformidad, ni limitaci3n de los arcos de movilidad de la cadera afectada. Radiológicamente no hay signos de necrosis avascular.

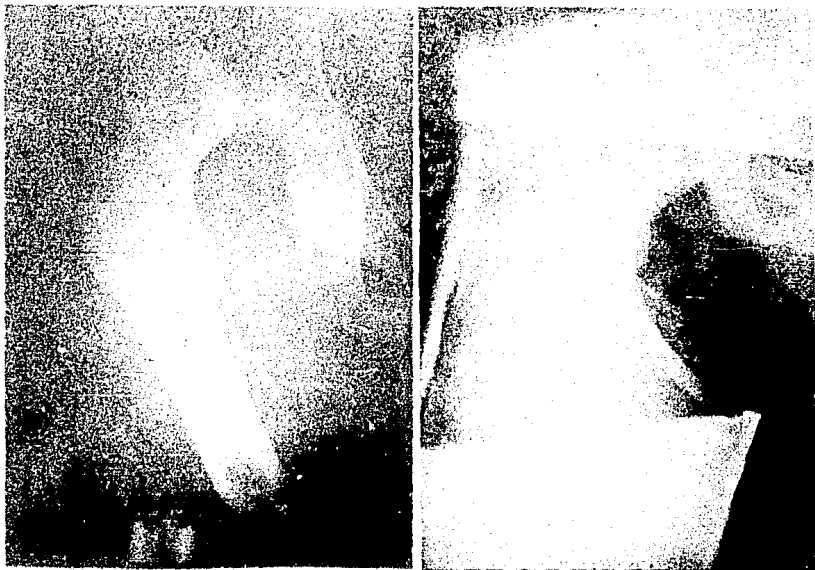
CASO No 6 G.M.M. Femenino de 6 años quien presentó luxaci3n posterior de cadera derecha el 24 de Junio de 1982 producto de una caida al correr. Fué reducida por el método de Bohler bajo anestesia general y se colocó entonces aparato de yeso tipo Callot que fué mantenido durante -- seis semanas, después de las cuales se indicó la marcha asistida con muletas, evitando el apoyo durante seis meses. En Noviembre de -- 1982 se encuentra asintomática y sin signos radiológicos de necrosis avascular. (fotografias No 7 y 8)

CASO No 7 R.A. Masculino de nueve años de edad, -- que fué atropellado el 24 de Julio de 1982, -- trasladado al Hospital de Xoco donde ingresó -- con diagnóstico de fractura de femur y luxaci3n de la cadera del mismo lado. Fué reduci



- No 7 G.M.M. Radiografía obtenida al ingreso
No 8 G.M.M. Radiografía obtenida cinco meses
después de la lesión, no hay signos de --
necrosis avascular.

da la luxación al abordar el foco de fractura femoral, realizando después osteosíntesis con clavo centromedular. Fué dado de alta dos días después. No ha acudido a la consulta desde entonces. (fotografías 9 y 10)



No 9 R.A. Radiografía obtenida a su ingreso.
No 10 R.A. Radiografía postoperatoria.

CASO No 8 M.H.A. Masculino de 14 años de edad, quien fué atropellado el 17 de Septiembre de 1982, transportado al Hospital de Urgencias Villa en donde ingresó con diagnóstico de fractura ex--

puesta de tibia y peroné derechos, por lo que se atendió, evolucionando sin complicaciones -- en la pierna fué dado de alta dos días después pasando desapercibida la luxación de cadera -- del mismo lado, que fué descubierta 15 días -- después al acudir a la consulta externa. Se colocó entonces tracción esquelética durante -- una semana sin obtener la reducción, intentándose por manipulación bajo anestesia sin lo -- grarlo, por lo que el 13 de Octubre se efectuó reducción quirúrgica mediante abordaje poste-- rior. Se continuó la tracción esquelética -- durante una semana más seguido de inmoviliza-- ción con molde de yeso que se mantuvo hasta -- completar seis semanas. En Noviembre de 1982 no hay signos radiográficos de necrosis avascu-- lar epifisaria capital. La fractura de ti-- bia y peroné evolucionan satisfactoriamente. (fotografías 11 y 12)



No 11 M.H.A. Rx obtenida a su ingreso.



No 12 M.H.A.
Rx. postoperatoria

CASO No 9 M.C.M. Paciente masculino de 13 años de edad, quien el 20 de Noviembre de 1982, después de haber sido prensado por un elevador se produjo luxación posterior de cadera derecha, fué transportado al Hospital Villa pocas horas después, en donde se hizo la reducción manual colocando después de ella tracción esquelética supracondiles, que se mantendrá durante tres semanas después de las cuales se permitirá la deambulacion sin apoyo. (fotografias 13 y 14)

CASO No 10 M.C.A. Masculino de 14 años, quien el día 6 de Diciembre de 1982 fué atropellado, lo transportaron al Hospital Villa en donde se diagnosticó luxación posterior de cadera izquierda, practicandose reducción por maniobras externas sin dificultad. Se colocó posteriormente molde de yeso, que se mantendrá durante seis semanas.

CASO No 11 F.C.L. Masculino de seis años quien presentó luxación posterior de cadera derecha, el 21 de Diciembre de 1982 como consecuencia de una caída de aproximadamente tres metros de altura sobre su cadera del mismo lado. Fué reducida por el método de Bohler y se colocó entonces molde de yeso tipo Callot, que se indicó durante seis semanas.

CASO No 12 C.A.R. Masculino de nueve años, quien fué atropellado por vehículo en movimiento el 26 de Diciembre de 1982. Fué transportado al Hospital de Urgencias Villa en donde establecieron los diagnósticos de fractura de tercio proximal de femur izquierdo y luxación posterior de cadera del mismo lado. Fué reducida la luxación al abordar el foco de fractura femoral, realizando después fijación de la fractura con dos clavos de Steinman cruzados y con inmovilización en molde de yeso tipo Callot.

INTRODUCCION

La luxación traumática de la cadera en niños - se presenta básicamente como una lesión similar a la encontrada en los adultos, aunque se menciona como de inci-
dencia menor, lo que ha hecho difícil obtener lotes gran-
des de pacientes como para determinar las diferencias --
entre estos grupos de edades, lo que, observados por di-
versos autores los condujo a revisar lo reportado ante-
riormente, en las más de las ocasiones como reportes de
casos aislados.

Así, Fineschi (1), Haliburton (2), Wadsworth (3)
reportan algunos casos aislados antes de 1960. Piggot
(4) en 1962 agrega 9 casos y en el mismo año Glass (5) -
hace un estudio de 47 casos y un año después Funk (6) es-
tudió 40 pacientes. Posteriormente en 1968 la Pennsylv-
ania Orthopaedic Society (7) revisa 51 casos logrando -
seguir 18 de ellos hasta la madurez esquelética, puntua-
lizando ya las bases del tratamiento y sugiriendo las po-
sibilidades de complicaciones.

En 1973 Pearson (8) refiere en su artículo que
se han reunido hasta entonces 350 pacientes en los repor-
tes de la literatura médica y agrega 24 casos propios.
Gupta (9) agrega 18 casos más.

Todos los autores mencionados coinciden en que
la luxación traumática de las caderas inmaduras es una -
lesión poco común, así, Fineschi después de haber revisa-
do la literatura mundial hasta 1956 encuentra 150 casos
reportados y 17 años después Pearson (8) menciona que --

son aproximadamente 350 casos, y la incidencia de ésta - lesión es baja, si consideramos que los grupos grandes - de pacientes son reunidos en periodos largos de tiempo. Los 51 casos reunidos por la Pennsylvania Orthopaedic So- ciety (7) los logran en un periodo de siete años, los -- 33 pacientes que refiere Offierski (10) son reunidos en un lapso de 1960 a 1977, cifras que representan una inci- dencia menor que la que nosotros encontramos, diferencia que probablemente se puede explicar por ser los Hospita- les del Departamento del Distrito Federal, centros de -- concentración de traumatizados, o las condiciones tal -- vez más precarias de vialidad, que existen en la Ciudad de México hacen ésta patología mas frecuente, o no se -- diagnosticaba adecuadamente, o realmente hay un aumento en la frecuencia de presentación de éste tipo de lesio- nes.

MECANISMO DE PRODUCCION; Referente a la lesión pro-- ductora de la luxación, parece lógica la clasificación - que hizo Offierski (10) quien los dividió según sean las fuerzas productoras, en lesiones leves aquellas que son producto de caídas de poca altura, o el extremo opuesto que califica de traumatismo severo a los impactos produ- cidos a gran velocidad como los accidentes automovilísti- cos o atropellamientos, causantes estos, del mayor por-- centaje en los casos reportados por nosotros, como se -- muestra en el cuadro 1.

Freeman (11) de 7 casos reportados solo uno lo describe como consecuencia de un traumatismo severo, y - la Pennsylvania Orthopaedic Society (7) coincide también en que, en las caderas inmaduras la fuerza requerida pa-

ra luxarlas generalmente es trivial, encontramos entonces nosotros una diferencia importante, además de la incidencia mucho menor, el mayor porcentaje de nuestros pacientes (75%) fueron luxados a consecuencia de traumatismos calificados como severos, en contraste con lo encontrado por otros autores quienes dicen que dos tercios de sus pacientes fueron luxados como consecuencia de traumatismos triviales. Probablemente los autores que reportan que no se presenta en traumatismos severos no tienen el mismo número de contusiones de éste orden, o la calificación de trivial no está de acuerdo en relación al peso, fuerza muscular y mayor elasticidad en el niño.

	EDAD	SEXO	TRAUMATISMO
CASO 1	12	♂	SEVERO
CASO 2	12	♀	LEVE
CASO 3	4	♂	SEVERO
CASO 4	6	♂	LEVE
CASO 5	7	♂	SEVERO
CASO 6	6	♀	LEVE
CASO 7	9	♂	SEVERO
CASO 8	14	♂	SEVERO
CASO 9	13	♂	SEVERO
CASO 10	14	♂	SEVERO
CASO 11	6	♂	SEVERO
CASO 12	6	♂	SEVERO

Relación entre edad, sexo y severidad del traumatismo recibido, productor de la luxación.

	TIEMPO	REDUCCION
CASO 1	30 días	cerrada
CASO 2	24 horas	cerrada
CASO 3	24 horas	cerrada
CASO 4	24 horas	cerrada
CASO 5	48 horas	cerrada
CASO 6	menos de 6 hrs.	cerrada
CASO 7	menos de 6 hrs	cerrada +
CASO 8	26 días	quirúrgica
CASO 9	menos de 6 hrs	cerrada
CASO 10	menos de 6 hrs	cerrada
CASO 11	menos de 6 hrs	cerrada
CASO 12	24 hrs	cerrada +

Relación encontrada entre el tiempo que transcurrió desde la luxación hasta su reducción, y el tipo de reducción que se llevó al cabo.

Todas las mencionadas como cerradas, se efectuaron por maniobras externas por el método de Bohler, - bajo anestesia general. Los casos marcados (+) fueron reducidos al abordar el fémur para su osteosíntesis.

porta un caso de tres años con estas lesiones diagnosticado y tratado desde un inicio correctamente, pero está de acuerdo en que con frecuencia no es bien diagnosticado. Todos están de acuerdo en que a pesar de ser una lesión rara se debe ser cuidadoso en todo paciente con lesión en la extremidad inferior y se debe hacer siempre una cuidadosa revisión de la cadera sin limitarse al exámen radiográfico anteroposterior de la misma.

Uno de nuestros pacientes fué catalogado como fractura del tercio proximal del fémur izquierdo y dos días después se estableció el diagnóstico de luxación asociada de la cadera del mismo lado. Otro de nuestros pacientes con lesión asociada (caso No 8) a su ingreso se le manejó una fractura de tibia y peroné expuesta, y casi tres semanas después cuando regresó a la consulta externa se hizo el diagnóstico de luxación asociada de la cadera del mismo lado, habiendo permanecido durante éste tiempo sin reducir requirió finalmente reducción quirúrgica. Los últimos dos pacientes (casos No 7 y 12) con lesión asociada por fractura del fémur fueron diagnosticados y manejados desde su ingreso de ambas lesiones. La causa que proponemos como responsable de que se pase por alto ésta importante combinación de lesiones es no tener en mente la posibilidad de que ocurra, y consiguientemente no hacer una revisión adecuada.

El otro tipo de lesiones asociadas frecuentemente con luxación de cadera en adultos son las fracturas del reborde posterior del acetábulo, de la cabeza femoral o del cuello, situación que contrasta también con

LESIONES ACOMPAÑANTES: "Esta rara combinación de lesiones fué descrita por Sir Astley Cooper...", de ésta manera se expresa en el texto de Watson-Jones (12) al referirse a la combinación de luxación de la cadera y fractura de la diáfisis femoral del mismo lado en adultos, - situación que según refiere en su informe Wadsworth (3) - después de ser inicialmente descrita por Cooper fué seguida del reporte de casos aislados por diversos autores de acuerdo todos, en que se trata de una combinación -- rara aún en adultos, Helal (13) por ejemplo, cree que de cada 100 000 fracturas de femur una se acompañará de luxación de la cadera del mismo lado.

La misma combinación de lesiones en caderas in maduras se reporta unicamente como casos aislados. Wadsworth (3) en 1961 reporta un paciente de tres años tres - meses, en 1968 la Pennsylvania Orthopaedic Society, de - 51 luxaciones de cadera reúne 5 acompañadas de fractura del femur o tibia, sin hacer distinción entre ambas.

En nuestros pacientes encontramos cuatro con - lesiones asociadas, tres de los cuales se acompañaron de fractura del femur del mismo lado y el cuarto de fractura expuesta de tibia y peroné también del mismo lado.

Encontramos una relación directa entre lesiones asociadas y dilación en el diagnóstico, situación -- descrita por diversos autores; en 1961 Piggot (4) trató una fractura de femur acompañada de luxación de cadera - después de cuatro días de producida la lesión, Helal (13) en su artículo de 1967 y Barquet (14) en 1981 concluyen que al menos la mitad de este tipo de lesiones pasa desapercibida al exámen inicial. Wadsworth (3) en 1961 re--

LESIONES ASOCIADAS	
CASO 1	NINGUNA
CASO 2	NINGUNA
CASO 3	NINGUNA
CASO 4	NINGUNA
CASO 5	FRACTURA FEMUR MISMO LADO
CASO 6	NINGUNA
CASO 7	FRACTURA FEMUR MISMO LADO
CASO 8	FRACTURA TIBIA Y PERONE
CASO 9	NINGUNA
CASO 10	NINGUNA
CASO 11	NINGUNA
CASO 12	FRACTURA FEMUR MISMO LADO

CASO 5	FRACTURA DE FEMUR	48 horas
CASO 7	FRACTURA DE FEMUR	6 horas
CASO 8	FRACTURA TIBIA/PERONE	26 dias
CASO 12	FRACTURA DE FEMUR	6 horas

Relación que encontramos entre lesiones acompañantes y dilación en el diagnóstico de luxación de la cadera del mismo lado.

lo encontrado en los niños y que no se presentó en ninguno de nuestros pacientes.

Otra variedad posible es la luxación anterior, referida por Barquet (14) en 1982, como una rara y severa lesión que se acompaña de una alta incidencia de complicaciones. No encontramos ninguna luxación anterior en nuestros pacientes.

MANEJO: El manejo que se llevó al cabo en 8 de nuestros pacientes fué a base de reducción manual bajo anestesia general, en decúbito supino a nivel del piso, logrando fácilmente la reducción en todos al ejercer tracción a la rodilla flexionada, con la cadera también en flexión de 90 grados, ayudandonos de presión a nivel del trocanter mayor en el paciente que presentaba fractura diáfisiaria femoral. Se corroboró en todos la reducción clínica y radiológica.

En la mayoría, después de la reducción se continuó con inmovilización, en cinco se practicó tracción esquelética durante tres semanas indicando no apoyar la extremidad afectada hasta cumplir seis meses de la lesión, ya fuera mediante el uso de muletas o de una tirantera de Snyder en los pacientes mas pequeños. Un paciente en intento de llevar tratamiento uniforme, fué manejado con tracción esquelética, pero tuvo que ser suspendida una semana después por presentar infección a nivel de la inserción del clavo, continuandose con tracción cutanea dos semanas más. Otro paciente después de una semana de tracción esquelética fué inmovilizado con molde de yeso cinco semanas más indicando iniciara el a-

poyo seis meses posteriores a la lesión (casos 4 y 6).

Uno de los pacientes con lesión acompañante de fractura de femur (caso No5), después de la reducción -- por maniobras externas fué inmovilizado con aparato de yeso tipo Callot, manejado posteriormente en otro Hospital (IMSS) en donde continuaron la inmovilización establecida durante tres meses, iniciando entonces el apoyo.

A dos pacientes con fractura femoral asociada, (casos 7 y 12) se les redujo la luxación por medio de -- tracción del fragmento proximal, expuesto por una incisión lateral, para después hacer osteosíntesis, como men ciona Campbell (17), con clavo intramedular en uno, y -- con dos clavos cruzados de Steinman en otro.

Nuestro último paciente con lesión asociada -- (caso No 8) cursaba tres semanas con la cadera luxada, - y después de intentar la reducción mediante tracción esquelética se decidió la acción quirúrgica, que se llevó al cabo mediante abordaje posterior. Se continuó inmovilizado con tracción esquelética una semana más para -- continuar en molde de yeso hasta cumplir dos meses.

Los distintos autores están acordes en la reducción temprana de la luxación; donde existen diferencias es el tiempo en que se evita el apoyo y así Freeman (11) en revisión de siete casos a seis los redujo en forma cerrada y uno con intervención quirúrgica, sugiere -- que la reducción bajo anestesia y con manipulación suave es el método ideal, pero que la reducción abierta puede ser requerida para luxaciones que han pasado desapercibidas por semanas o meses, sugiere también que el aparato de yeso es una inmovilización adecuada para continuar el

	MANEJO POST-REDUCCION	APOYO
CASO 1	tracción 15 días yeso 6 semanas	2 meses
CASO 2	tracción 21 días	6 meses
CASO 3	tracción 21 días	6 meses
CASO 4	tracción 21 días	6 meses
CASO 5	yeso 3 meses	3 meses
CASO 6	yeso 6 semanas	6 meses
CASO 7	yeso ?¿	?¿
CASO 8	tracción 7 días yeso actual	pend.
CASO 9	tracción 21 días	pend.
CASO 10	tracción 21 días	pend.
CASO 11	tracción 21 días	pend.
CASO 12	yeso actual	pend.

Manejo llevado al cabo después de la reducción y período durante el cual se permitió el apoyo. El caso 7 se desconoce su evolución, se indicó no apoyara hasta los seis meses. A los casos 8, 9, 10, 11 y 12 aún no se les permite el apoyo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tratamiento a más de ser una medida que impide el apoyo de la cadera afectada, manteniéndolo durante cuatro a -- seis semanas, prolongándolo si se presentan signos de irritación sinovial.

Glass-Powel (5) a la mayoría de sus 47 pacientes les colocó tracción durante uno a tres meses. Y sugiere que la evolución y el pronóstico no está en relación al tiempo entre la lesión y el apoyo, sino que se debe a la severidad de la lesión, y al período entre la lesión y su reducción. Propone que de cuatro a seis semanas es un tiempo adecuado para que curen los tejidos blandos. Pearson y Ronal (8) en una revisión de 24 pacientes redujo 22 por maniobras externas y dos por acciones quirúrgicas, y está de acuerdo en que el apoyo temprano no parece influenciar en el inicio de las complicaciones, las cuales parecen estar directamente relacionadas con la severidad del traumatismo y con la dilación en la reducción.

Sin embargo Funk (6) considera que el pronóstico si está influenciado por el apoyo y puntualiza que, -- la reducción se debe realizar lo más pronto posible, habitualmente sin anestesia general, por maniobras suaves, que se debe impedir el apoyo en los pacientes menores de seis años por lo menos un mes y en los pacientes mayores por tres a cuatro meses, pudiendo prolongarlo si persisten síntomas. Después de la reducción sugiere utilizar yeso, tracción o reposo en cama exclusivamente, dependiendo del dolor, el espasmo y la cooperación del niño.

La revisión hecha por la Pennsylvania Ortho---

paedic Society (7) concluye que los hechos que favorecen malos resultados son la severidad del trauma articular, la presencia de fracturas asociadas alrededor de la articulación, la reducción efectuada después de 24 horas, y posiblemente la reducción abierta. Indica que no tiene influencia en los resultados finales el tipo de trata---miento no operatorio, ni el período de tiempo que se in---pide el apoyo, mismos factores que Barquet en 1982 tam---bién considera como los más importantes en la presenta---ción de complicaciones.

FRECUENCIA: Durante el período comprendido entre Enero y Diciembre de 1982 detectamos los doce casos que se reportan de luxación traumática de cadera en niños, que co---rresponde a una incidencia mayor que la reportada por --diversos autores (7)(10), quienes mencionan que se trata de una lesión poco común.

En el mismo período de tiempo en los Hospita---les del Departamento del Distrito Federal, se registra---ron 142 ingresos con el diagnóstico de luxación de cade---ra, lo que relacionandolo con lo encontrado en niños, se obtiene que por cada once o doce luxaciones en adultos - una corresponderá a niños.

RESULTADOS

La revisión de casos que se presenta no pretende ser un estudio para ver las complicaciones secundarias a éste tipo de lesiones, porque el tiempo de seguimiento es demasiado corto, y la complicación más frecuentemente reportada, la necrosis avascular, es detectable habitualmente después de los seis meses de la lesión.

Todos los autores mencionados tienen períodos largos de seguimiento, hasta 21 años en el estudio de Thompson-Epstein (15) o hasta la maduración esquelética en el estudio de la Pennsylvania Orthopaedic Society (11)

En nuestros pacientes el que mayor tiempo de evolución ha tenido, es de nueve meses, logrando seguir seis durante un período mayor a los seis meses, cinco más son recientes y cursan menos de dos meses de evolución. Del último paciente desconocemos su evolución.

De nuestros doce pacientes, la mayoría son candidatos a presentar necrosis avascular capital, si estamos de acuerdo a los distintos autores mencionados, ya que 10 son pacientes mayores de seis años, nueve de los cuales sufrieron una lesión severa y siete tuvieron la luxación sin reducir por más de 24 horas, incluyendo dos de 26 y 30 días respectivamente, situaciones todas que son mencionadas como causantes de necrosis avascular. Otro factor siempre mencionado como agravante, que si bien es raro, es signo de mal pronóstico e indicativo de la severidad de la lesión, las fracturas acetabulares o céfalo-cervicales, no lo encontramos en ninguno de nues-

tros pacientes. El último factor mencionado como etiológico, el apoyo temprano, no lo indicamos en ninguno de los pacientes antes de los seis meses, llevándose al cabo generalmente a los cuatro.

De los 12 pacientes, seis han sido seguidos -- por un tiempo de seis meses, cinco de ellos con evolu--- ción clínica y radiológica satisfactoria, esto es, sin - dolor, sin limitación de movimientos y sin signos radio- lógicos de necrosis avascular. El sexto paciente segui- do durante seis meses (caso No 1) presentó a los tres me- ses de la lesión (dos meses después de la reducción), -- signos radiológicos de necrosis, caracterizada por hiper- densidad de la epífisis sin presentar fragmentación o a- plastamiento de la misma. La radiografía de control a los seis meses no muestra signos de necrosis avascular y clínicamente no existe dolor o limitación de la movili- dad. Se considera candidato para realizarle gamagrafía con objeto de hacerle el diagnóstico temprano, como se - menciona para la necrosis avascular de la cabeza, por -- otras etiologías (20).

La necrosis avascular capital femoral a ésta - edad como menciona Haliburton (12), no es una sorpresa, sino que es una lesión que debe ser esperada, en espe - cial en este paciente quien reúne todos los requisitos - invocados como causantes de necrosis avascular. Su -- traumatismo fué calificado como severo, su reducción se dilató un mes y fué el que más temprano inició el apoyo.

Otro de nuestros pacientes (caso No 8) reúne - también varios requisitos para esperar que desarrolle ne

crosis avascular; su traumatismo fué calificado como severo, su reducción tardó casi tres semanas y se llevó al cabo por acción quirúrgica, siendo mayor de seis años.

Cinco pacientes más (casos 8, 9, 10, 11 y 12) cursan menos de dos meses de evolución, tiempo que aún no es valorable la falta de irrigación capital femoral.

Otro paciente (caso No 7) no fué localizado -- después de ser dado de alta, desconociendo la evolución, tanto de la irrigación capital femoral como de la consolidación de la fractura acompañante.

CONCLUSIONES

Se reportaron doce casos de luxación traumática de cadera en niños, encontrados en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal, en un período de nueve meses. Se revisó el lapso entre la luxación y la reducción, su tratamiento y la evolución, relacionando lo obtenido con los resultados reportados al respecto.

Se reportaron tres casos de luxación de cadera con fractura del fémur del mismo lado, y se hizo incipiente en que es frecuente pasar por alto esta importante lesión.

Se relacionó la frecuencia de esta patología en adultos con la encontrada por nosotros en niños y obtuvimos una proporción de una luxación en niños por cada 11 o 12 luxaciones en adultos.

Reportamos el mecanismo productor de las luxaciones y concluimos que la luxación traumática de la cadera en los niños es consecuencia habitual de traumatismos intensos, a semejanza de la lesión en adultos.

Se debe seguir el estudio de los casos un período largo de tiempo, idealmente hasta la maduración esquelética de los mismos para poder valorar la relación entre este tipo de lesiones y sus complicaciones, específicamente necrosis avascular capital, y para poder determinar los puntos básicos a seguir en el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1- FINESCHI. GIANFRANCO.
"Traumatic Dislocation of the hip in children"
Archiv. Orthop. 48; 225,236, 1956
- 2- HALIBURTON. BARBER
"Avascular necrosis of the femoral capital epiphysis
after traumatic dislocation of the hip in children"
J.B.J.S. 43-B; 43-46, 1961
- 3- WADSWORT.
"Traumatic dislocation of the hip with fracture of the
shaft of the ipsilateral femur"
J.B.J.S. 43-B; 47-49, 1961
- 4- PIGGOT.
"Traumatic dislocation of the hip in childhood"
J.B.J.S. 43-B; 38-42, 1961
- 5- GLASS- POWELL.
"Traumatic dislocation of the hip in children"
J.B.J.S. 43-B; 29-37, 1961
- 6- FUNK.
"Traumatic dislocation of the hip in children"
J.B.J.S. 44-A; 1135-1145, 1962
- 7- THE PENNSYLVANIA ORTHOPAEDIC SOCIETY
"Traumatic dislocation of the hip joint in children"
J.B.J.S. 50-A; 79-88, 1968
- 8- PEARSON- MANN.
"Traumatic hip dislocation in children"
Clinical Orthopaedics 92; 189-194, 1973
- 9- GUPTA- SINGHAL.
"Traumatic posterior dislocation of the hip in children"
Int. Surg. 65; 445-449, 1980
- 10- OFFIERSKI
"Traumatic dislocation of the hip in children"
J.B.J.S. 63-B; 194-197, 1981

- 11- FREEMAN.
"Traumatic dislocation of the hip in children"
J.B.J.S. 43-A, 410-416, 1961
- 12- WATSON-JONES
"Fracturas y heridas articulares"
Ed. Salvat, 3a ed. Barcelona España, pp 845-852, 1980
- 13- HELAL
"Unrecognised dislocation of the hip in fractures of
the femoral shaft"
J.B.J.S. 49-B; 293-300, 1967
- 14- BARQUET.
"Traumatic anterior dislocation of the hip in childhood"
Injury 13(5); 435-440, 1982
- 15- THOMPSON- EPSTEIN.
"Traumatic dislocation of the hip"
J.B.J.S. 33-A; 746-778, 1951
- 16- BARQUET.
"Traumatic hip dislocation with fracture of the ipsi-
lateral femoral shaft in childhood"
Arch. Orthop. Trauma Surg. 98; 69-72, 1981
- 17- A.H. CRENSHAW.
"Cirugía Ortopédica de Campbell"
Ed. Intermédica, 5a ed. Buenos Aires Argentina
pp 451-456, 1975
- 18- TACHDJIAN
"Ortopedia Pediátrica"
Ed. Interamericana, 1a ed. España
pp 1635-1651, 1976
- 19- TRONZO.
"Cirugía de la Cadera"
Ed. Panamericana, 1a ed. Buenos Aires Argentina
pp 512-518, 1975

- 20- LAMONT-JOROSLAW
"Quantitative assessment of femoral head involvement
in Legg Calve- Perthes disease"
J.B.J.S. 63-A; 746-752, 1981
- 21- TRUETA J.
"The normal vascular anatomy of the human femoral -
head during growth"
J.B.J.S. 39-B; 358-394, 1957.