

MANEJO DE LA LUXACIÓN TRAUMÁTICA AGUDA DE CADERA EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

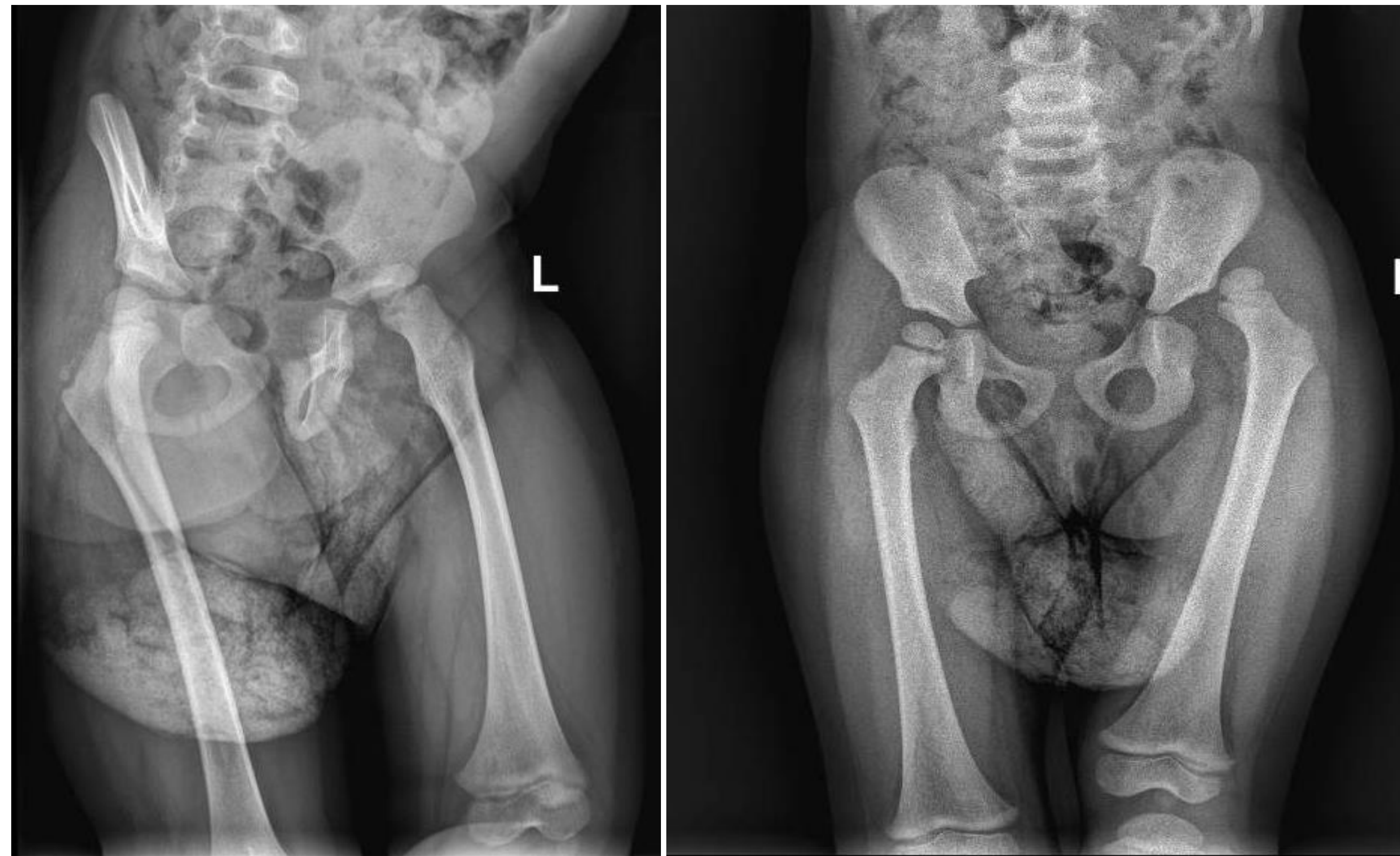
Ruíz-Rico Gómez, J.; Soler Vasco, B.; Nicolás Najem, A.

INTRODUCCIÓN: La luxación traumática de cadera en la infancia ocurre raramente; la causa puede ser un traumatismo de alta energía, o incluso un traumatismo menor; correlacionándose así de forma exponencial, la intensidad de energía con la edad (3). En la mayoría de las agudas, la reducción cerrada tiene resultados satisfactorios; aunque puede ser necesaria la reducción abierta por la interposición del labrum, cápsula y/o un fragmento osteocondral. No debemos olvidar complicaciones como: necrosis avascular de cadera (NAV), artrosis postraumática, miositis osificante, inestabilidad articular y osteonecrosis de la cabeza femoral (2).

OBJETIVOS: Revisión de una patología tan infrecuente como es la luxación traumática aguda de cadera en la infancia a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 3 años que tras caída acude por **dolor e impotencia funcional en MII**, presentando acortamiento, rotación interna y aducción, imposibilidad a la movilidad, pulsos distales y sensibilidad conservados. En radiografía de pelvis observamos **luxación posterior de fémur izquierdo, sin fractura asociada**. Se realiza reducción cerrada urgente bajo sedación y escopia, e inmovilización con yeso pelvipédico. En el control radiográfico se aprecia **aumento del espacio articular**, por lo que se realiza **RMN** urgente, observando interposición de partes blandas entre cabeza femoral y acetábulo; decidiéndose **reducción abierta**.

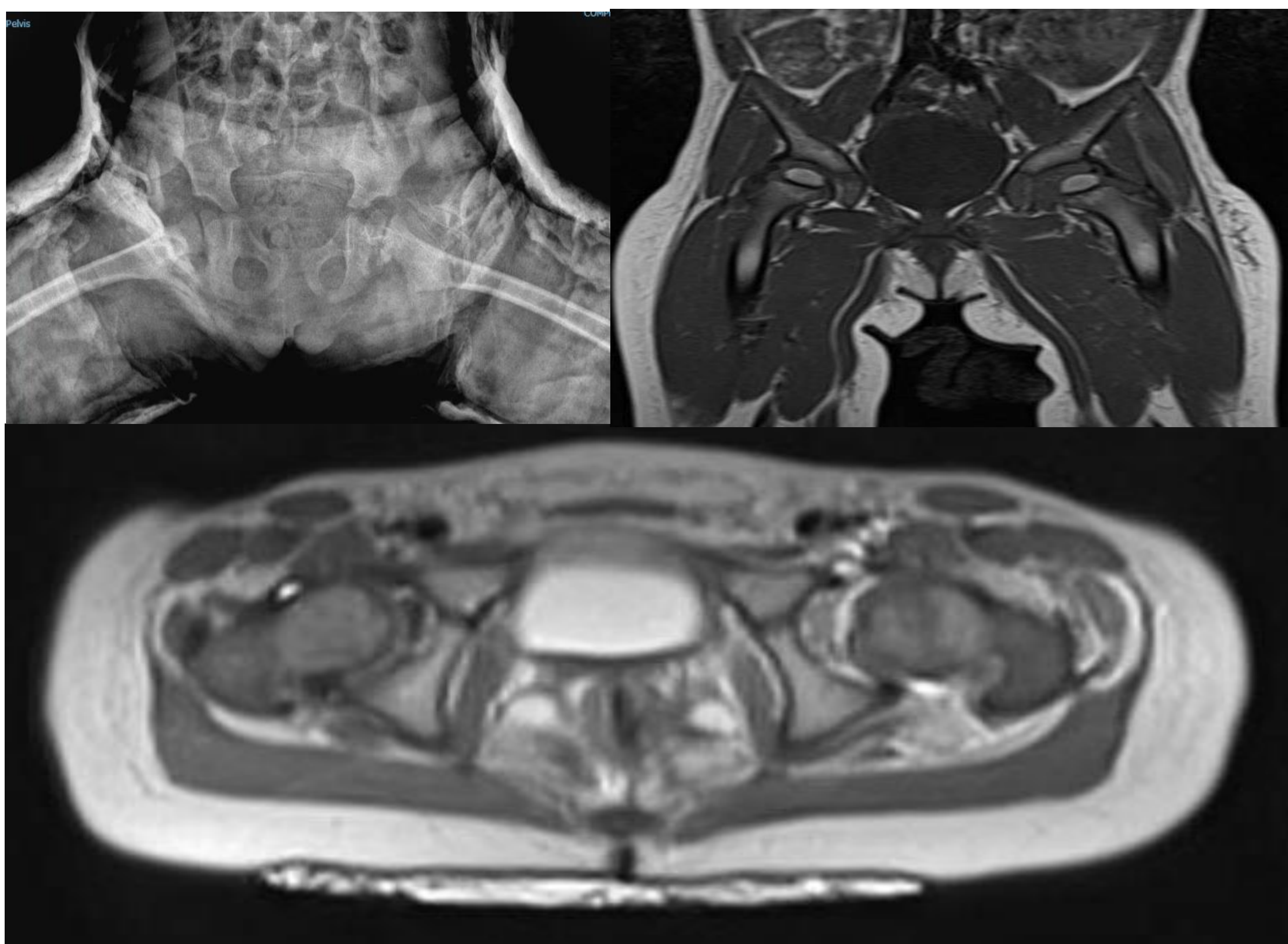
Bajo anestesia general y antibioterapia profiláctica se lleva a cabo abordaje lateral, se protege nervio ciático, desinserción de músculos piriforme, obturador interno, gemelo superior e inferior. Se observa desinserción de ligamento redondo, interposición de cápsula y labrum posterosuperior normoinsertado. Se reduce confirmando estabilidad y congruencia articular, capsulorrafia y reinserción de rotadores externos cortos; se inmoviliza con yeso pelvipédico.



Imágenes preoperatorias a la llegada a urgencias.

RESULTADOS: Tras el alta sin incidencias, se revisó al mes, 3, 6 y 12 meses, observándose **movilidad conservada** e indolora tras la retirada del yeso al mes; posteriormente **tolera carga, no cojea, ni presenta discrepancia de longitud**. Las luxaciones traumáticas son raras en niños, producidas por traumatismos de mayor o menor energía, la magnitud de la fuerza incrementa con la edad. Los traumatismos de baja energía pueden producir luxación en niños porque sus estructuras periarticulares son flexibles, lo que explica la ausencia de lesiones óseas (3). La **reducción ha de ser precoz**, con el fin de limitar el riesgo de NAV (3-15%); recomendado en las **primeras 6h**, no existen diferencias entre las 12-24h siguientes (1).

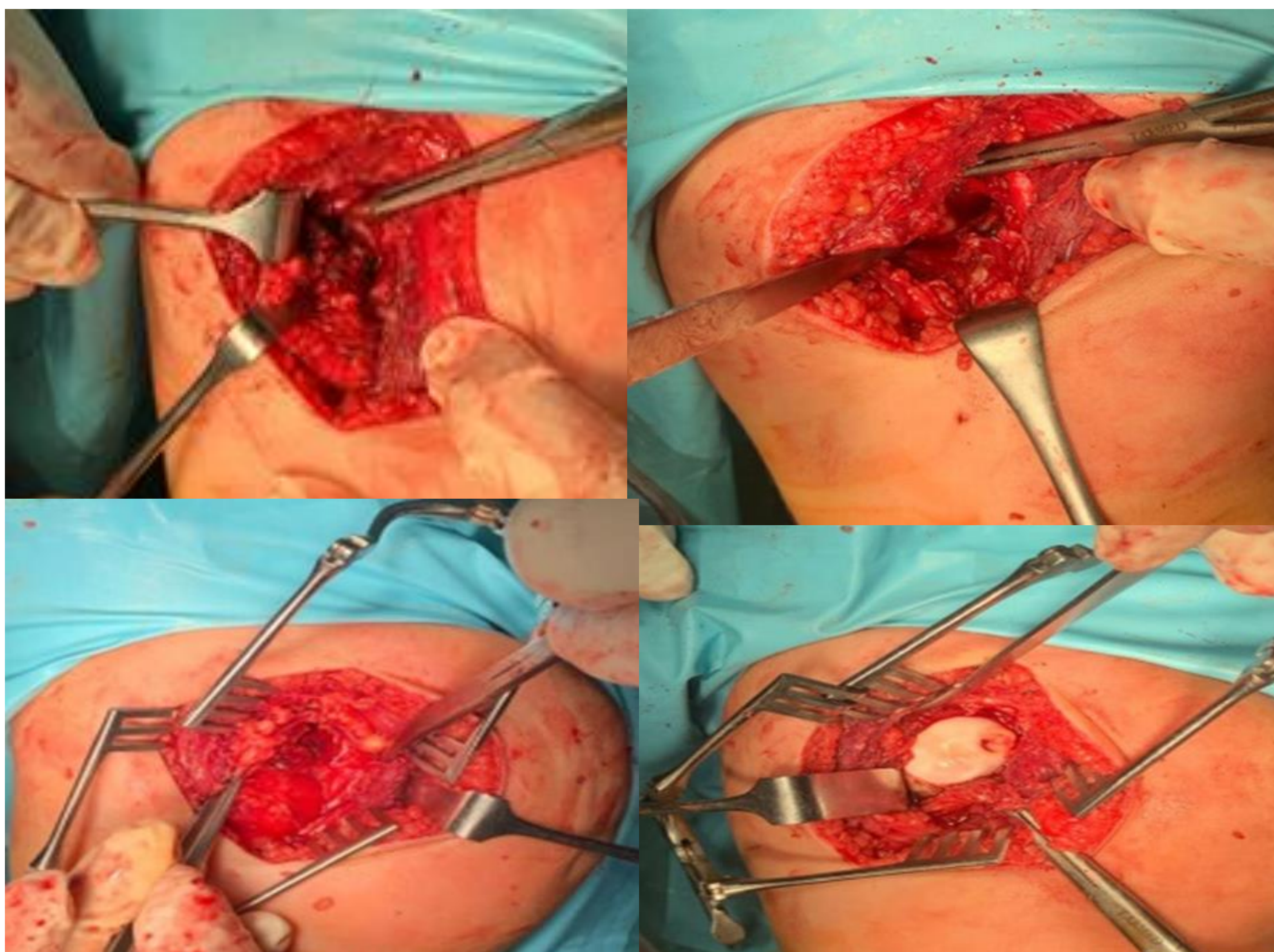
La **reducción cerrada** es el primer paso, realizando como máximo 2-3 intentos; de no conseguirse, debemos realizar **reducción abierta**, indicada también en interposición de fragmentos osteocondrales o partes blandas; siendo la **RMN** la mejor prueba diagnóstica para ello(5); y pendiente aún de establecer el mejor abordaje para llevarla a cabo(4). Tras ello, se inmoviliza con **yeso pelvipédico**, manteniéndolo 3-6 semanas, sin haber aún consenso en evitar la carga (1). No hay que olvidar las **complicaciones** más frecuentes: NAV, neuropatía ciática, recidiva, coxa magna, osificación heterotópica; las cuales es importante diagnosticar precozmente.



Imágenes radiográficas y de RMN tras reducción cerrada bajo sedación

CONCLUSIÓN:

La luxación traumática de cadera en niños debe tratarse mediante reducción precoz; siempre intentando primero realizar reducción cerrada en caso de no evidenciar interposición de partes blandas y/o fragmentos osteocondrales, que requeriría reducción abierta; para diagnosticarlo, la RMN ha demostrado los mejores resultados.



Imágenes intraoperatorios de reducción abierta de la luxación coxofemoral.