

# LUXACIÓN ANTEROINFERIOR DE CADERA NATIVA: a propósito de un caso

Bureo González J, Comerón Franco R, Torres Fuentes JF  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

## Objetivos

Mostrar un caso de luxación anteroinferior de cadera nativa postraumática. Conocer el mecanismo de producción, tratamiento y pronóstico.

## Material y Metodología

Se presenta el caso de un varón de 28 años de edad que acude a urgencias traído en ambulancia en estado de embriaguez aquejando impotencia funcional y dolor en miembro inferior izquierdo. Sus acompañantes refieren precipitación desde una altura aproximada de 3 metros. A la exploración presenta intenso dolor a la palpación inguinal presentando una actitud en flexión, abducción, rotación externa y acortamiento del miembro, siendo imposible la movilización pasiva de la cadera. La exploración neurovascular no muestra alteraciones.

Tras descartar lesiones de órganos vitales se realizan proyecciones anteroposterior y axial de pelvis evidenciándose una luxación anteroinferior de cadera izquierda nativa.

De forma emergente, se realiza reducción cerrada en quirófano bajo anestesia general y relajación muscular aplicando la maniobra de Allis. Se realiza control fluoroscópico comprobándose la congruencia articular. La exploración neurovascular realizada tras la reducción no mostró alteraciones.

## Resultados

Tras la reducción, se realiza tomografía computarizada de cadera que descarta lesiones acetabulares y femorales asociadas. Al alta se pauta órtesis con bloqueo de la flexión y abducción de la cadera, en descarga durante tres semanas y posterior inicio de programa rehabilitador con carga parcial progresiva las seis semanas siguientes.



## Conclusiones

La luxación anteroinferior de cadera nativa es una rara entidad con predominio en varones en la tercera década de la vida. Habitualmente ocurre en el contexto de un accidente de tráfico o precipitación desde una altura considerable. La luxación anteroinferior de cadera supone un 10-15% del total de luxaciones de cadera. Resulta ser una patología grave que requiere reducción de forma emergente en las primeras 6 horas, ya que supone alto riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral (10-30%), artrosis postraumática y parálisis del nervio ciático. El mecanismo de producción suele ser un golpe de alta energía en la rodilla o caída desde una altura notable con la pierna en abducción. Es importante descartar fracturas acetabulares y del cuello femoral mediante estudio de imagen y seguimiento cercano para control de una posible necrosis avascular.