

Luxación traumática de cadera en la edad pediátrica tratada exitosamente mediante reducción cerrada y yeso pelvipédico. A propósito de un caso.

Unidad de Traumatología y Ortopedia Infantil.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

1 OBJETIVOS

Exponer un caso de luxación traumática posterior de cadera y su manejo adecuado para restaurar la congruencia articular y prevenir complicaciones.

2 MATERIAL Y METODOLOGÍA

Niño de 3 años trasladado a urgencias tras la caída de un adulto encima suyo. A la exploración presenta dolor y la cadera derecha acortada, en flexo y rotación interna (figura 1).

Es diagnosticado de luxación posterior de cadera derecha, sin fracturas asociadas (figura 2).

3 RESULTADOS

Se realizó, en menos de 4 horas, y bajo anestesia general, reducción cerrada mediante la maniobra de Allis (figura 3) y se inmovilizó con un yeso pelvipédico (figura 4). Al día siguiente fue dado de alta.

A las 4 semanas se retiró el yeso y comenzó la carga parcial (figura 5).

A los 2 años de seguimiento, el paciente no presentaba dolor, el balance articular de cadera era completo y la radiografía no mostraba signos de complicaciones (figura 6).

4 CONCLUSIONES

Las luxaciones de cadera en niños son lesiones raras y los traumatismos solo causan el 5% de ellas¹. La fuerza necesaria para provocar la lesión parece aumentar con la edad y en menores de 10 años un traumatismo banal puede ser suficiente debido a la laxitud articular^{2,3}.

La reducción cerrada precoz es el tratamiento de elección y su tasa de éxito es del 85%⁴. Se han descrito numerosas maniobras en la literatura, siendo la de Allis la más utilizada por su simplicidad y reproductibilidad¹. En luxaciones de baja energía, se recomienda la inmovilización con un yeso pelvipédico después de la reducción para evitar la recidiva, que deberá mantenerse entre 4 y 6 semanas^{3,5}.

La complicación más temida es la necrosis avascular de la cabeza femoral, con una incidencia del 12%, siendo el retraso en la reducción mayor a 6 horas el factor de mayor riesgo (riesgo relativo de 20)³. No obstante, si el tratamiento es precoz y apropiado, el pronóstico a largo plazo es muy bueno, como en nuestro caso: en estos supuestos se han publicado tasas de éxito del 95% a los 10 años el 95%, con dolor ausente o leve y un 75-80% de pacientes que realiza actividades deportivas y de alta demanda³.

5 BIBLIOGRAFÍA

1. Nordt WEI. *Maneuvers for Reducing Dislocated Hips: A New Technique and a Literature Review*. Clin Orthop Relat Res. 1999 Mar;360:260-4.
2. Archer JE, Balakumar B, Odeh A, Bache CE, Dimitriou R. *Traumatic hip dislocation in the paediatric population: A case series from a specialist centre*. Injury. 2021 Dec;52(12):3660-5.
3. Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, Roy DR, Wall EJ. *Traumatic hip dislocation in children. Long-term followup of 42 patients*. Clin Orthop Relat Res. 2000 Jul;(376):68-79.
4. Vialle R, Odent T, Pannier S, Pauthier F, Laumonier F, Glorion C. *Traumatic hip dislocation in childhood*. J Pediatr Orthop. 2005 Apr;25(2):138-44.
5. Salisbury RD, Eastwood DM. *Traumatic dislocation of the hip in children*. Clin Orthop Relat Res. 2000 Aug;(377):106-11.



Figura 1. Miembro inferior derecho en actitud típica de "bañista sorprendido": acortado y con flexo, adducción y rotación interna de la cadera.



Figura 2. Radiografía de pelvis que muestra la pérdida de congruencia articular entre la la cabeza del fémur y la cavidad acetabular.

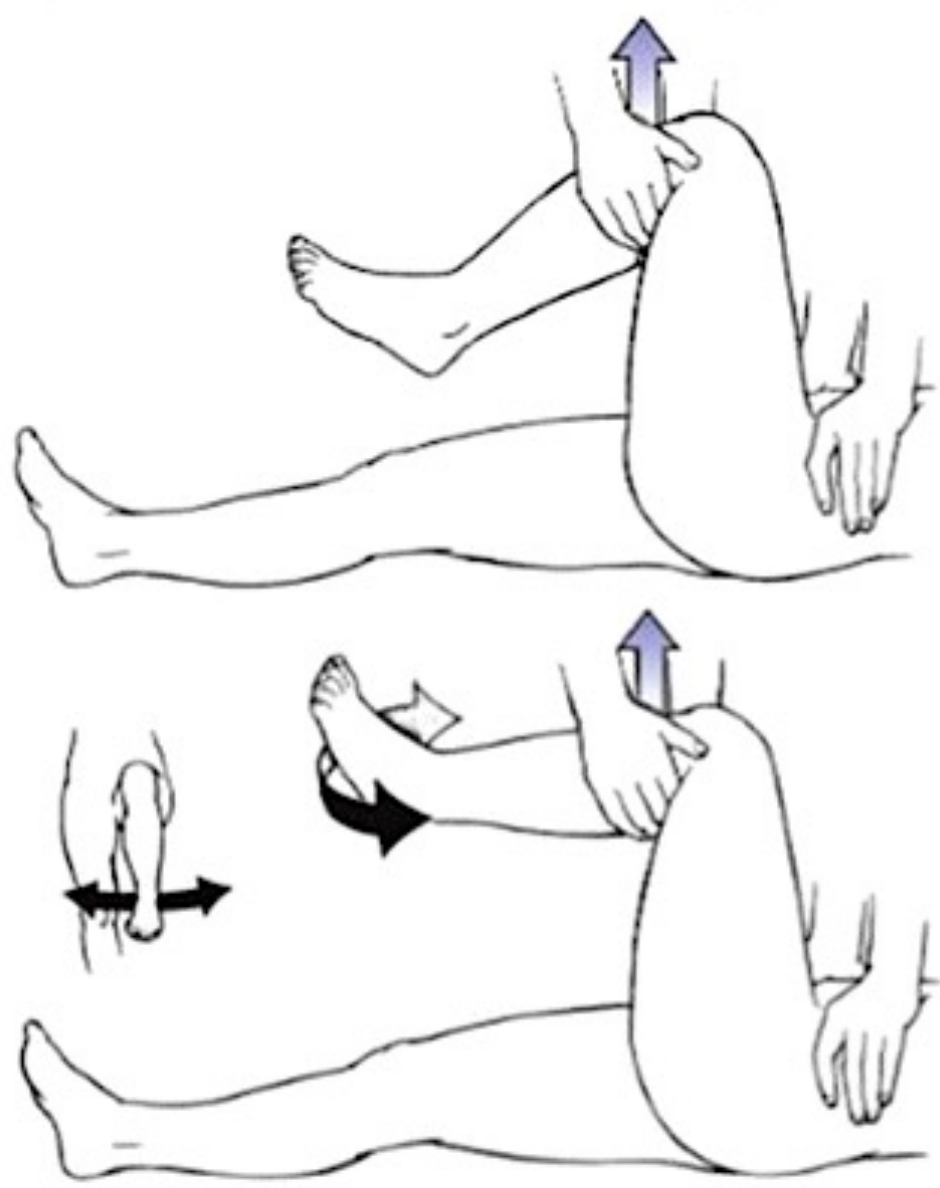


Figura 3. Maniobra de Allis de reducción de la cadera: el fémur se distrae con la cadera a 90° mientras un ayudante estabiliza la pelvis.



Figura 4. Inmovilización con yeso pelvipédico con ligera flexión y abducción de la cadera tras la reducción cerrada de la luxación.

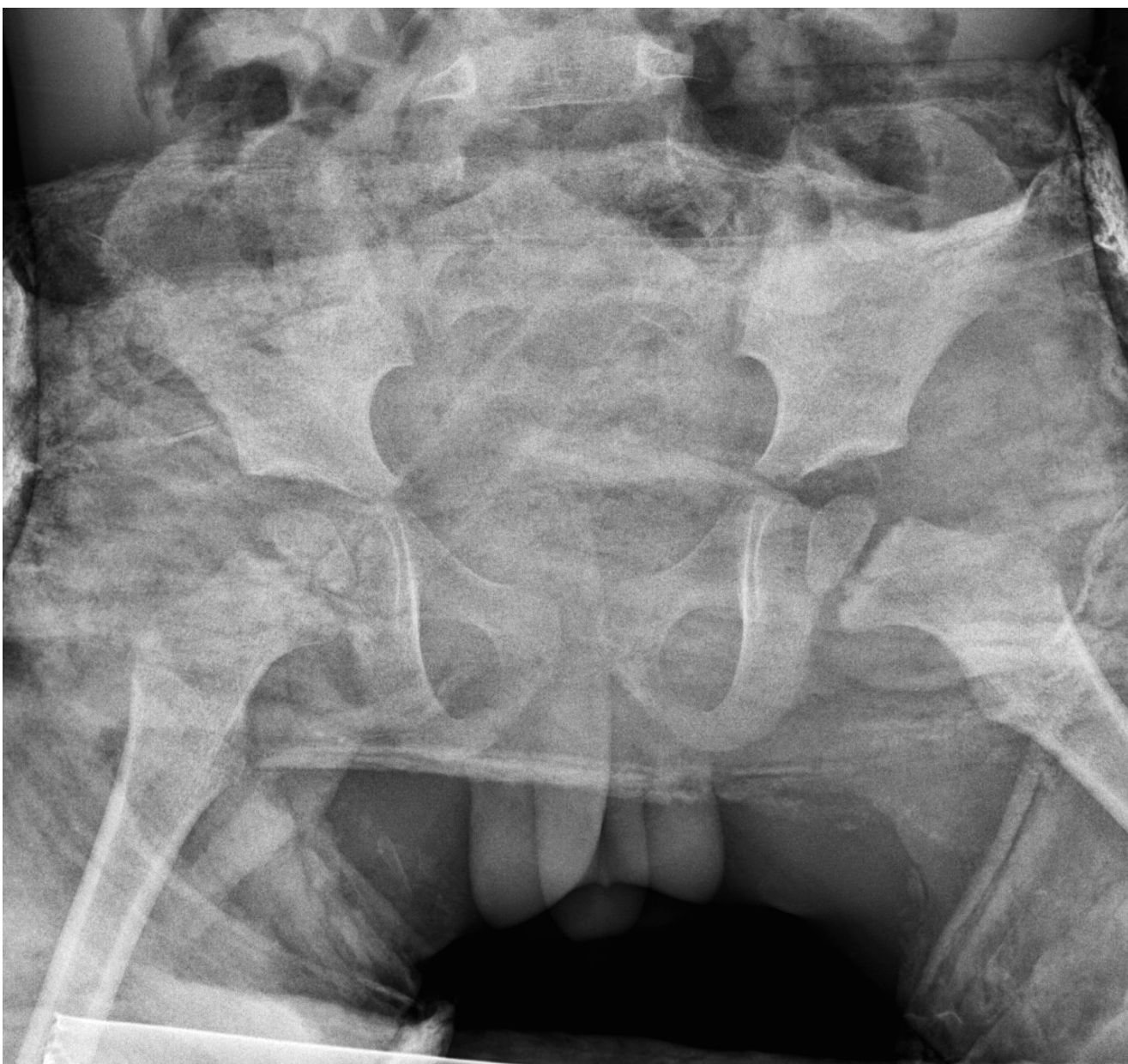


Figura 5. Radiografía de pelvis a las 4 semanas (con yeso pelvipédico) que confirma que se mantiene la reducción.



Figura 6. Radiografía de pelvis a los 2 años que no muestra lesión fisaria ni necrosis avascular de la cabeza femoral.