

082234

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UES BIBLIOTECA CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA



INVENTARIO: 10124372

T
617.376
S 7694
1968
F. MED.
EJ. 2

LUXACION TRAUMATICA DE LA CADERA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ROBERTO EUGENIO SELVA BONILLA

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

MARZO DE 1968

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

R E C T O R

DR. ANGEL GOCHEZ MARIN

S E C R E T A R I O

DR. GUSTAVO ADOLFO NOYOLA

- - - - -

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

D E C A N O

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

S E C R E T A R I O

DR. RICARDO CEA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA:

DR. SALVADOR BATISTA MENA

DR. NARCISO DIAZ BAZAN

DR. ANGEL QUAN

CLINICA QUIRURGICA:

DR. SALVADOR INFANTE DIAZ

DR. MANUEL MORAN h.

DR. MARIO RENI ROLDAN

CLINICA MEDICA:

DR. JUAN JOSE FERNANDEZ h.

DR. FERNANDO VILLALOBOS

DR. ANDRES AMADOR

D E D I C A T O R I A

A MIS PADRES

A MI ESPOSA Y MIS PEQUEÑOS HIJOS

A MIS HERMANOS

A MIS FAMILIARES, EN ESPECIAL A MIS TIOS:

MARTA BONILLA

SILVANO STERNHEIM Y

VICTORIA DE STERNHEIM

A MIS SUEGROS

A MIS PROFESORES, COMPAÑEROS Y AMIGOS.

PLAN DE TRABAJO

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANATOMIA DE LA REGION Y ARTICULACION DE LA CADERA
- III.- ETIOLOGIA
 - CLASIFICACION
 - MECANISMO DE PRODUCCION
 - ANATOMIA PATOLOGICA
- IV.- DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOLOGICO
- V.- TRATAMIENTO
- VI.- COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO
- VII.- PRESENTACION DE CASOS
- VIII.- CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS PRESENTADOS
- IX.- CONCLUSIONES
- X.- BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo es una pequeña contribución al estudio de la Ortopedia y Traumatología en el País.

Se trata de la revisión de veintisiete casos de luxación traumática de la cadera, comprobados radiológicamente, que fueron estudiados y tratados en el Hospital Rosales en el período comprendido entre enero de 1964 y diciembre de 1967. Se incluye un caso ocurrido en 1963 que fue dado de alta hasta enero de 1964.

No trato en el presente trabajo de proponer una conducta a seguir en el tratamiento de la luxación traumática de la cadera, sino simplemente hacer una revisión de los casos tratados y exponer los resultados obtenidos con los diferentes métodos empleados en su tratamiento.

El número de casos revisados es pequeño debido a que la luxación traumática de la cadera, es una entidad nosológica relativamente rara, ya que debido a la anatomía de la cadera se necesita un fuerte trauma, o bien que se encuentre en una posición favorable, para que esta ocurra. Sin embargo espero que los datos obtenidos sean de alguna utilidad para quienes se interesen por la Ortopedia y Traumatología.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LA REGION Y ARTICULACION DE LA CADERA

Se hará primero la descripción topográfica de la región de la cadera, según L. Testut y O. Jacob (11); y luego la anatomía de la articulación de la cadera, según Gray (7).

La cadera es la raíz del miembro inferior, comprende la articulación coxofemoral y las partes blandas que la rodean. Sus límites son: por arriba, la cresta ilíaca y el pliegue de la ingle; por abajo y atrás, el pliegue glúteo; por abajo y adentro, el pliegue genito crural; por abajo y adelante, una línea horizontal que pasa por el vértice del triángulo de Scarpa.

Presenta cuatro regiones: por detrás, la región glútea; por dentro, la región obturatriz; por delante, la región inguocrural; en el centro, la región articular constituida por los huesos de la articulación de la cadera.

I - Región glútea: la más elevada como también la más extensa de las cuatro, ocupa la parte posterior. Tiene como límites: a) superficialmente: por arriba, la cresta ilíaca; por abajo, el pliegue glúteo; por dentro, el borde lateral de la columna sacrococcígea; por fuera una vertical que desciende desde la espina ilíaca anterosuperior al pliegue glúteo. En profundidad: hasta el hueso coxal y la articulación coxofemoral.

La región glútea es convexa y redondeada en toda su extensión. Se reconocen en ella por la palpación: la tuberosidad isquiática, las espinas ilíacas anterosuperior y posterosuperior, el trocánter mayor, el canal isquiotrocantéreo. Su exploración comprende como en otras partes, la inspección, palpación y el examen por los Rayos X.

- Planos constitutivos:
- 1) Piel
 - 2) Tejido celular subcutáneo
 - 3) Aponeurosis
 - 4) Plano muscular
 - 5) Plano esquelético

1) La piel es muy gruesa

2) El tejido celular subcutáneo es muy abundante en grasa; hay dos bolsas serosas frecuentes: la bolsa trocantérea superficial y la bolsa isquiática superficial.

3) La aponeurosis glútea cubre la región en toda su extensión y tiene los mismos límites que ella; se divide en tres hojillas: a) superficial, que pasa sobre el glúteo mayor; b) media, que tapiza la cara profunda del glúteo mayor; c) profunda, que se extiende sobre el glúteo mediano y los músculos profundos del glúteo.

4) Plano muscular, está constituido por ocho músculos que se encuentran repartidos en dos planos: a) plano superficial, comprende dos músculos: el glúteo mayor y el glúteo mediano. Por debajo del glúteo mayor se encuentran las bolsas

serosas isquiática y trocantérea profundas. Entre el glúteo mediano y el trocánter se encuentra la bolsa del glúteo mediano. b) El plano profundo contiene numerosos músculos que son yendo de arriba abajo: 1) glúteo menor, entre él y el tendón está la bolsa del glúteo menor; 2) Piramidal de la pelvis; 3) Gémino superior; 4) Obturador interno, entre el músculo y la escotadura ciática menor está la bolsa del obturador interno; 5) Gémino inferior; 6) Tendón del obturador externo; 7) Cuadrado crural; 8) en la parte más inferior, los orígenes del bíceps crural, del semitendinoso y del semimembranoso.

Entre el músculo glúteo mayor y los músculos del plano profundo se encuentra una capa céluloadiposa.

5) Plano esquelético, el cual está constituido yendo de abajo arriba: por el trocánter mayor, cara posterior del cuello del fémur, la cápsula articular de la cadera, el hueso coxal.

Vasos y nervios:

Además de los vasos y nervios que le pertenecen en propiedad, la región glútea presenta muchos vasos y nervios que sólo la atraviesan.

a) Arterias. En el tejido celular subcutáneo, arteriolas sin importancia (arterias superficiales). Debajo del glúteo mayor, hay tres arterias voluminosas (arterias profundas): la glútea, la isquiática y la pudenda interna. La glútea se divide en superficial y --

tica da ramas al glúteo mayor y a la cara posterior del muslo. La pudenda interna se distribuye por -- los órganos del periné.

- b) Venas. Se distinguen superficiales y profundas; -- las superficiales terminan en la femoral; las profundas, dos para cada arteria profunda, desembocan en la vena ilíaca interna.
- c) Linfáticos. Se distinguen también superficiales y profundos; los primeros se dirigen a los ganglios de la ingle, los segundos acompañan a los vasos -- sanguíneos y terminan en los ganglios intrapélvicos.
- d) Nervios. También se dividen en superficiales y pro-- fundos. Los superficiales, destinados a la piel, -- provienen de los nervios lumbares y ciático menor, sacros, abdominogenital mayor y del femorocutáneo. Los profundos son: el glúteo superior, ciático ma-- yor, ciático menor o glúteo inferior y el pudendo interno.

II.- REGION INGUINOCRURAL.

La región inguinocrural, situada en la parte anterior -- del muslo, comprende el conjunto de partes blandas que se disponen por delante de la articulación de la cadera.

Tiene como límites: a) superficialmente: por arriba, el pliegue de la ingle; por abajo, una línea horizontal que pa-- sa por el vértice del triángulo de Scarpa; lateralmente, dos

verticales trazadas, la externa por la espina ilíaca antero-superior, la interna por la espina del pubis. b) En profundidad, el borde anterior del hueso coxal y debajo el plano anterior de la articulación coxofemoral.

La región inguinocrural es convexa y uniformemente redondeada en los individuos gordos; en los individuos delgados se distinguen tres eminencias musculares, que se disponen en una especie de N y que limitan dos triángulos: uno externo, otro interno o triángulo de Scarpa. Su exploración comprende la inspección, palpación y examen por rayos X.

PLANCS.

- 1) Piel, la cual es delgada y fina
- 2) Tejido celular subcutáneo, con los vasos y nervios superficiales. Se divide en dos porciones: una externa, areolar que es el panículo adiposo; una interna, laminosa que constituye la fascia superficial.

Los linfáticos superficiales presentan: los ganglios, los vasos aferentes y los vasos eferentes. Los ganglios en número de diez a quince se distribuyen en cuatro grupos: superointerno, superoexterno, inferointerno e inferoexterno.

Las arterias superficiales son dos: subcutánea abdominal, rama de la femoral; y pudenda externa superior, también rama de la femoral.

Las venas superficiales son: las cutáneas abdominales, pudendas externas y la porción terminal de

Los nervios superficiales, destinados a la piel -- son ramas del femorocutáneo, del crural y del genito -- crural, todas son ramas del plexo lumbar.

- 3) Aponeurosis. Porción anterior y superior de la aponeurosis femoral, comprende tres partes: a) parte externa, gruesa, la fascia lata; b) parte interna, delgada; c) parte media, triangular, la fascia cribiformis.
- 4) Plano muscular. Debajo de la aponeurosis, entre ésta y el plano esquelético se ven: a) músculos; b) un conducto fibroso o conducto crural; c) vasos y nervios profundos.

a) Músculos. Se dividen en superficiales y profundos.

Plano superficial. Yendo de fuera adentro: tensor de la fascia lata, sartorio, aductor mediano y recto interno. Estos cuatro músculos circunscriben dos triángulos: uno externo, otro interno o triángulo de Scarpa.

Plano profundo. Los músculos del plano profundo llenan el área de los dos triángulos mencionados, son: en el triángulo externo, el recto anterior del músculo y el vasto externo; en el triángulo de Scarpa el psoas ilíaco y el pectíneo que además de llenar el triángulo antes mencionado forman el conducto crural que contiene los vasos femorales.

Vasos y nervios profundos.

a) Arterias. La arteria femoral es la principal de la región, proporciona cinco colaterales: la subcutánea

ferior, muscular superficial o arteria del cuádriceps, y la femoral profunda.

b) Venas. Hay dos venas para cada una de las arterias mencionadas, todas van a terminar a la vena femoral.

c) Linfáticos. Los linfáticos profundos están representados por tres o cuatro ganglios, incluyendo el ganglio de Cloquet, reciben vasos de los ganglios superficiales y emiten vasos que terminan en los ganglios ilíacos externos o retrocruales.

d) Nervios. Hay tres nervios que son ramas del plexo lumbar: 1) Nervio femorocutáneo, 2) rama crural del genito crural, 3) nervio crural, que se divide en cuatro ramas: musculocutáneo externo, musculocutáneo interno, nervio del cuádriceps y safeno interno.

5. Plano esquelético. Está representado por el borde inferior del hueso coxal y por el plano anterior de la articulación coxofemoral.

III.- REGION OBTURATRIZ.

La región obturatriz o isquiopúbica comprende el conjunto de partes blandas que descansan, exteriormente, en el agujero obturador y en su circunferencia ósea.

Tiene por límites: a) Profundamente: por fuera, la parte inferointerna de la articulación de la cadera; por dentro, la rama isquiopúbica; por arriba, la rama horizontal del pubis; por abajo, el isquión. b) Superficialmente: por delante, el borde anterior del recto interno; por detrás, el borde in

por abajo, una línea horizontal, que es continuación de la - que limita la región inguinocrural.

La región es convexa en sentido transversal, su exploración es difícil, comprende la palpación hipogástrica combinada con el tacto vaginal (mujer) o con el tacto rectal (hom--bre).

Está constituida por cinco planos superpuestos: 1) la - piel, 2) tejido celular subcutáneo; 3) aponeurosis superfi--cial.

4) Plano muscular

5) Plano esquelético

Los tres primeros planos no tienen nada de particular y se confunden con los planos homónimos de las regiones próxi--mas.

Plano muscular. Después de incidir y separar el músculo pec--tíneo se encuentran el aductor mediano, aductor menor, obtu--rador externo que es el músculo principal de la región, el - recto interno y el aductor mayor.

El plano esquelético está representado por el contorno del agujero obturador y la membrana obturatriz.

Vasos y nervios. Arteria obturatriz, rama de la ilíaca inter--na, se divide en rama interna y externa, de esta última par--te una rama articular que penetra en la articulación de la - cadera y se dirige a lo largo del ligamento redondo hasta la cabezadel fémur. Vena obturatriz generalmente única desembo--

El nervio obturador, rama del plexo lumbar, después de proporcionar el nervio superior del obturador externo, se divide en un ramo anterior que se distribuye por el aductor menor, aductor medio y el recto interno; un ramo posterior que da un ramo para la articulación de la cadera, el obturador externo y el aductor mayor.

ARTICULACION DE LA CADERA (7)

La articulación de la cadera (coxofemoral), pertenece a la variedad de las enartrosis (articulación esférica); se encuentra formada por la cabeza del fémur y la cavidad cotiloidea del hueso coxal, que tiene la forma de una copa. Las superficies articulares presentan curvaturas regulares y recíprocas, si bien no son de igual dimensión. Toda la cabeza -- del fémur se encuentra recubierta por cartilago articular, -- excepto en la pequeña depresión rugosa en que se inserta el ligamento redondo (ligamento de la cabeza femoral). La super-- ficie articular de la cavidad cotiloidea (acetábulo) presen-- ta la forma de un anillo incompleto, más ancho en su parte -- superior que es la zona donde descansa el peso corporal du-- rante la posición erecta y más angosto en la parte que cubre la porción pubiana del hueso coxal; este anillo se halla --- cubierto por cartilago articular que presenta su mayor es--- pesor en la zona en que el anillo es más ancho; en el fondo de la cavidad cotiloidea, donde no existe cartilago - - - - articular, se aloja una masa adiposa cubierta por la - - - membrana sinovial. Una capa fibrocartilaginosa denominada -

rodete cotiloideo, aumenta en forma apreciable la profundidad de la cavidad cotiloidea.

Los ligamentos de la articulación son: capsular, iliofemoral, isquiofemoral, pubofemoral, ligamento redondo, rodete cotiloideo y transverso acetabular.

El ligamento capsular es fuerte y compacto, presenta su mayor espesor en la parte anterosuperior de la articulación, zona donde se requiere la máxima resistencia; por detrás y por debajo es delgado y está unido laxamente al hueso. Está compuesto por dos grupos de fibras: circulares y longitudinales. Las fibras circulares (zona orbicular), son las más profundas y forman un collar o anillo alrededor del cuello del fémur. Las fibras longitudinales son las que se encuentran en número predominante en la parte anterosuperior de la cápsula donde se ven reforzadas por el ligamento iliofemoral. También refuerzan la cápsula articular los ligamentos pubofemoral e isquiofemoral.

La membrana sinovial es muy extensa, desde su iniciación en el contorno del cartílago que cubre la cabeza del fémur pasa a revestir la porción del cuello contenida en la articulación; luego se refleja sobre la superficie interior del ligamento capsular, cubre ambas caras del rodete cotiloideo, envaina el ligamento redondo y por último reviste el paquete adiposo existente en el fondo de la cavidad cotiloidea.

El ligamento iliofemoral presenta forma triangular y posee -

articulación y está en íntima relación con la cápsula. Su vértice se inserta en la parte inferior de la espina iliaca anteroinferior, en tanto que su base lo hace en la línea oblicua del fémur. Las porciones externa e interna del ligamento se hallan constituidas por dos fuertes fascículos, mientras que su porción central es relativamente delgada y débil. El fascículo interno tiene dirección vertical y termina, por -- abajo, en la parte inferior de la línea oblicua; el fascículo externo corre en dirección oblicua teniendo su inserción inferior en el tubérculo situado en la parte superior de la línea oblicua. El ligamento iliofemoral recibe frecuentemente la denominación de ligamento en Y, y su fascículo externo es denominado ligamento iliotrocantéreo.

El ligamento pubofemoral tiene forma triangular y su base, dirigida hacia el hueso coxal, se inserta en la eminencia - iliopectínea, en la rama superior del pubis, en la cresta - pectínea y en la membrana obturatriz; en el otro extremo -- termina confundiéndose con la cápsula y con la cara profunda del fascículo interno del ligamento iliofemoral.

El ligamento isquiofemoral se encuentra en la parte poste-- rior de la articulación y presenta una disposición en espiral. Desde su inserción en el isquión, por debajo y detrás de la fosa cotiloidea, se dirige hacia arriba y afuera, sobre la parte posterior del cuello del fémur.

El ligamento redondo, es una cinta triangular, algo aplana-

rior de la fosita existente en la cabeza del fémur; su base se inserta en los extremos de la escotadura acetabular mediante dos fascículos, en tanto que se confunde con el ligamento acetabular transverso entre ambas inserciones óseas. Cuando el muslo es semiflexionado y puesto en aducción, este ligamento se pone tenso; en cambio, se halla relajado -- cuando el muslo entra en abducción.

El rodete cotiloideo, es una ceja fibrocartilaginosa insertada en el borde de la cavidad cotiloidea, cuya profundidad aumenta. Cierra la escotadura acetabular, formando al pasar por ella el ligamento transverso del acetábulo y constituye así un círculo completo. Su sección transversal es de forma triangular; la base se halla insertada en el contorno de la cavidad cotiloidea, mientras que su vértice corresponde al borde libre del rodete. Este borde libre estrecha la entrada de la cavidad cotiloidea, abrazando la cabeza femoral en forma tan íntima que contribuye a mantenerla dentro de su cavidad receptora

El ligamento transverso del acetábulo, constituye en realidad una parte del rodete cotiloideo, aunque difiere de éste en que no presenta células cartilaginosas entre sus fibras. Está formado por fuertes fibras aplanadas, que pasan a manera de puente sobre la escotadura acetabular, convirtiéndola en un orificio a través del cual entran vasos y nervios en la cavidad articular.

CAPITULO III.

- a) ETIOLOGIA
- b) CLASIFICACION
- c) MECANISMO DE PRODUCCION
- d) ANATOMIA PATOLOGICA

a) ETIOLOGIA

La luxación traumática de la cadera es rara, representa aproximadamente el 2-5 por ciento de todas las luxaciones(8). Siendo la cadera una enartrosis con gran amplitud de movimientos y sujeta a poderosas fuerzas de palanca, debido a su anatomía se necesita gran violencia para que se luxe. Generalmente sucede la luxación cuando el fémur se encuentra en flexión y aducción y se ejerce fuerza sobre su eje longitudinal; es más frecuente en choques (2), accidentes automovilísticos, caídas y antiguamente era frecuente en mineros, -- los cuales trabajan en cuclillas, al caerles grandes pesos -- sobre las espaldas (12).

b) CLASIFICACION

La luxación traumática de la cadera según Key y Conwell (8) puede ser anterior o posterior, según que la cabeza del fémur se desplace hacia adelante o hacia atrás de la cavidad cotiloidea. Las anteriores se subdividen en altas ó púbicas y bajas u obturatrices, según adonde se apoye la cabeza luxada. Las posteriores se subdividen en altas o ilíacas y bajas

res y entre éstas las superiores (2).

Luxación abierta, muy rara, es aquella en que la cabeza del fémur sale a través de la piel al exterior, y en los -- traumas en que ocurre suelen ser mortales.

Luxación central, acetabular o intrapélvica, es aquella en que la cabeza del fémur se desplaza hacia el interior de la pelvis a través del piso del acetábulo.

c) MECANISMO DE PRODUCCION (8)

Luxación posterior. Cuando la cadera está en flexión, - aducción y rotación interna, el ligamento anterior en Y está tenso, la cabeza del fémur sale del acetábulo y presiona sobre la parte posteroinferior de la cápsula, si en esa cir--- cunstancia se añade un empuje hacia atrás, la cabeza se desliza sobre la ceja cotiloidea, rompe la cápsula y se produce la luxación posterior.

Aún en flexión en noventa grados y en posición neutra, - un fuerte empuje hacia atrás puede ocasionar la luxación pos- terior con o sin fractura de la ceja cotiloidea.

Luxación anterior. El factor más importante es la abduc- ción forzada, también la rotación externa forzada tiende a - desplazar la cabeza femoral hacia adelante a través de la -- cápsula; la abducción activa con la cadera en flexión tiende a desplazar la cabeza hacia el agujero obturador, y si es en extensión hacia la región pubiana.

d) ANATOMIA PATOLOGICA (8)

La luxación posterior puede acompañarse de shock, debido a la hemorragia que provoca el desgarro de los tejidos blandos y la cápsula articular; el ligamento redondo se encuentra generalmente arrancado de una de sus inserciones, más frecuentemente de su inserción en la cabeza femoral. El ligamento en Y está intacto y es el que mantiene al fémur en flexión, aducción y rotación interna. La cabeza del fémur se apoya con más frecuencia en la cara posterior del ilión (8-12-2) (luxación alta) que en la del isquiión (baja).

En la luxación anterior la cápsula se desgarró en su porción anterior.

CAPITULO IV

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico se hará clínica y radiológicamente ---
(8-12-2).

En las luxaciones posteriores es característica la posición anormal en flexión, aducción y rotación interna, y la cadera se encuentra fija. Existe el antecedente de un trauma, el paciente busca el reposo sobre la espalda con la rodilla del lado afectado apoyada sobre el otro muslo; hay acortamiento aparente de la extremidad. El trocánter del lado afectado aparece prominente, el pliegue glúteo se encuentra más alto y menos prominente que en lado sano, el glúteo del lado afectado es más prominente; el vértice del trocánter se encuentra por encima de la línea de Roser Nelaton (8) (línea que va de la espina iliaca anterosuperior a la tuberosidad isquiática). Por la palpación en los individuos delgados es posible palpar la cabeza en su posición anormal por debajo de los glúteos; los movimientos activos generalmente son imposibles, la movilización pasiva es dolorosa; como ya se dijo anteriormente la mayor parte es del tipo alto, en los bajos la flexión y aducción son mayores.

La luxación posterior con rotación externa del miembro se acompaña de fractura del cuello femoral; el muslo está en

el ligamento en Y está desgarrado y la cabeza femoral se puede mover en todas direcciones, el acortamiento puede alcanzar cinco o más centímetros.

En las luxaciones anteriores, el muslo se halla en abducción y rotación externa y puede estar en ligera flexión o extensión. En las bajas hay alargamiento aparente y real del miembro debido a la abducción, el movimiento de aducción está limitado. En las altas la rotación externa es muy patente, generalmente hay extensión completa y ligero acortamiento, - la rotación interna y aducción están limitadas.

Los rayos X son importantes para comprobar y determinar el tipo de luxación; deben tomarse anteroposterior y lateral y apreciaremos que la cabeza femoral se halla por fuera del acetábulo, como también si hay o no fracturas.

CAPITULO V

T R A T A M I E N T O

El tratamiento de la luxación traumática de la cadera - consiste en practicar la reducción cerrada (2) lo antes posible; hay tres métodos (8): el de Allis, el de Bigelow y el - de Stimson; todos se fundan en la relajación del ligamento - en Y aumentando la deformidad de la flexión.

Los métodos de Allis y Bigelow son manuales y deben ejecutarse con relajación mediante anestesia general o raquídea, el de Stimson utiliza el peso de la extremidad y a menudo se logra el éxito sin anestesia, sólo con una fuerte dosis de - analgésico. Para algunos autores (8) el método de elección - es el de Allis porque produce menos trauma, es menos peligroso y la reducción es espectacular; el de Stimson debe emplearse en aquellos pacientes en que está contraindicada la anestesia general.

Método de Allis. Por medio de tracción directa sobre el muslo flexionado. Se coloca al paciente en decúbito supino, se fija la pelvis y se hace tracción con la cadera en fle---xión, rotación interna y aducción.

Método de circunducción de Bigelow. Relaja el ligamento en Y por flexión de la cadera y después lo utiliza como punto de apoyo para meter la cabeza en el acetábulo por acción

en Y, lesionar el nervio ciático o los tejidos blandos de la región posterior de la cadera.

Se hará flexión, aducción, tracción, abducción, rotación externa y extensión.

Método de Stimson (8) (reducción por gravedad). Con el paciente en decúbito prono sobre una mesa, con las extremidades inferiores totalmente fuera de ella, se sostiene por el tobillo la pierna flexionada en ángulo recto; el peso del miembro hace la tracción necesaria y no se tiene más que esperar que los músculos se relajen para que el hueso vuelva a su lugar, a veces se añade un pequeño saco de arena sobre la cara posterior de la rodilla.

Las luxaciones posteriores con rotación externa (fractura), se reduce primero la fractura con un enclavamiento y luego la luxación, es necesario inmovilizar la cadera con una espica en abducción y ligera rotación interna durante unas seis semanas para dar tiempo a que cicatrice la cápsula, luego habrá que guardar cama por dos semanas realizando movimientos con la cadera.

La reducción de la luxación anterior baja u obturatriz se ejecuta con la rodilla flexionada, se aumenta la abducción hasta unos noventa grados, la rotación externa y flexión se aumentan para elevar la cabeza femoral, se hace tracción directa en la dirección del fémur, luego se gira el mus

En el tipo perineal la maniobra es la misma solo que la cabeza debe llevarse más lejos por tracción hacia afuera.

En las luxaciones anteriores altas o pubianas, la reducción consiste en liberar la cabeza femoral y tirar de ella - para que recorra en sentido inverso la trayectoria de la luxación. Con el muslo en abducción y flexión moderada, se hace tracción en dirección del fémur, sin relajar la tracción se hace rotación interna y aducción. Un ayudante puede presionar la cabeza femoral para guiarla a su posición normal.

Si no da resultado se puede ensayar el método de circunducción interna de Bigelow (8-2-12), pero puede originarse - una luxación posterior; si eso llegara a suceder se tratará como tal.

En las luxaciones suprapúbicas o intrapélvicas se hace primero tracción, hasta llevar la cabeza femoral a la posición púbrica y entonces se reduce como tal.

Una vez lograda la reducción de la luxación tanto anterior como posterior es conveniente la inmovilización con espica de yeso durante 6 - 8 semanas.

CAPITULO VI

COMPLICACIONES DE LA LUXACION TRAUMATICA DE LA CADERA Y SU TRATAMIENTO

a) Fractura: generalmente de la ceja cotiloidea (8-12-4-2), a veces de la cabeza o diáfisis del fémur; en las luxaciones -- centrales, del piso del acetábulo.

Cuando esto sucede se reduce la luxación como de ordinario y se mantiene el muslo en abducción y posición neutra con respecto a la rotación, se toman rayos X para determinar la posición del fragmento, si éste se encuentra en buena posición se aplica una espica por cuatro a seis semanas; si no se halla en buena posición está indicada la operación cruenta para extirpar los fragmentos, si son pequeños; si son grandes se fijan con -- clavos o tornillos de acero inoxidable o vitalio, después de inmoviliza con espica por seis u ocho semanas, permanecerá luego dos semanas en cama, levantándose con muletas y el ejercicio debe ser gradual.

En casos raros hay fractura del cuello o la diáfisis del -- fémur; en el primer caso se tratará la fractura y la luxación a la par; en el segundo se tratará primero la fractura por enclavamiento y luego se hará la reducción de la luxación.

b) Lesiones nerviosas. Puede haber contusión del nervio -- ciático en las luxaciones posteriores, o puede deslizarse la cabeza femoral por debajo del nervio y distenderlo al hacer manio

Estas lesiones son raras y se diagnostican por el dolor, embotamiento y parálisis en la zona de distribución del ciático, en la mayoría de los casos el cuadro remite después de la reducción.

Muy raramente el nervio es cogido por la cabeza femoral en las maniobras para reducir la luxación posterior por el método de Bigelow, el nervio entonces se halla distendido sobre la cara anterior del cuello del fémur, el muslo y la pierna se hallarán ligeramente flexionados y los intentos para extenderlos encuentran una resistencia elástica.

Cuando esto sucede hay que hacer reluxación y liberación del nervio; para eso se hará flexión, aducción, rotación interna y presión hacia atrás, se extiende la rodilla para atirantar el nervio, en seguida se reduce la luxación por el método de Allis o Stimson (8). Si ese proceder no da resultado, es necesario incindir hasta descubrir el nervio y sacarlo de su posición anormal. La lesión del nervio puede originar parálisis permanente.

c) Lesiones de tejidos blandos. Rupturas y desgarros musculares ocurren en todas las luxaciones de la cadera, pero raramente son de importancia y no exigen tratamiento especial. Es muy raro que ocurra ruptura de los vasos femorales en las luxaciones anteriores, y cuando eso sucede hay que operar inmediatamente y ligar el vaso.

d) Necrosis aséptica de la cabeza del fémur. Es una com

a la falta de irrigación sanguínea de la cabeza femoral, y -- el resultado final es la deformación y la artrosis (3-9) de la cadera.

Cuando eso sucede, se puede practicar artrodesis(4-5-10), artroplastia (4-1-10) u osteotomía (10). La artrodesis es difícil porque es frecuente que se produzca una anquilosis fibrosa en lugar de ósea. Es preferible practicar una artroplastia, osteotomía de apoyo o en última instancia una artrodesis.

c) Luxación antigua. Las dificultades para la reducción guardan relación con el tiempo transcurrido desde que aconteció, pasados ocho o diez días puede ser difícil de corregir, sin embargo puede lograrse éxito hasta seis semanas después del accidente.

En estos casos debe intentarse la reducción por fuerte tracción (35 kilos o más) (8) mediante un clavo pasado a través del tercio distal del fémur, por una o dos semanas para que la cabeza del fémur baje enfrente del acetábulo. Cuando eso no es posible, no da resultado o lleva más de seis meses, la tracción debe ir seguida de una operación de Voss (6), lo que facilite la reducción de la luxación.

f) Luxación recidivante. Ocurre cuando hay fractura de la ceja cotiloidea y no se ha fijado, o cuando después de reducida no se inmoviliza adecuadamente.

Se reducirá nuevamente, se fijará la ceja cotiloidea y se inmovilizará por lo menos durante seis semanas

CAPITULO VII

PRESENTACION DE CASOS

CASO No. 1.

Registro # E 29462 - RX No. 203500

M. S. O., masculino, 51 años.

Consulta 31/X/63 por: caída

Historia: en julio /63 sufre caída golpeándose la cadera izquierda

Cuadro clínico: cadera izquierda en aducción con limitación de los movimientos

Dx clínico: Luxación antigua cadera izquierda

Rx: Luxación anteroinferior cadera izquierda

Tratamiento: Reducción cruenta y espica (4/XII/63)

Estudio Rx: 14/XI/63. Luxación anteroinferior de cadera izquierda

9/XII/63. Buena relación de superficies articulares

9/VII/64 y 26/XI/64. Borramiento de superficie articular acetabular izquierda, con aumento de los tejidos óseos isquiopúbicos.

Control clínico: el paciente se siente bien, camina sin dolor, los movimientos de la cadera son normales.

Complicaciones: LUXACION ANTIGUA.

CASO No. 2.

Registro # 7427-64 - RX No. 207987

Consulta (10/III/64) por caída

Historia: caída en un barranco

Cuadro clínico: Miembro inferior izquierdo en rotación externa, se palpa la cabeza femoral en la región inguinal

Dx clínico: Luxación anterior cadera izquierda

Rx: Luxación antero-superior cadera izquierda

Tratamiento: Intento de reducción cerrada falla (11/III/64).

Se coloca tracción cutánea con 10 libras.

Reducción cerrada y espica (18/III/64)

Espica se retira a las 4 semanas

Complicaciones: ninguna.

CASO No. 3.

Registro # 11349 - 64 - Rx No. 209534

P. R. C., masculino, 27 años

Consulta (22/IV/64) por: Caída de caballo

Historia: diez meses previos a su consulta se cae de un caballo, golpeándose la cadera y muslo derecho

Cuadro clínico: cadera derecha desviada, miembro inferior derecho doloroso a los movimientos

Dx clínico: Luxación inveterada cadera derecha

Rx: Luxación anteroinferior cadera derecha

Tratamiento: Reducción cruenta y artroplastia (copa metálica)
17/VI/64.

Espica

25/VII/64 Se retira espica y deambula con muletas

Estudio Rx: 22/IV/64 Luxación anteroinferior de cadera derecha
24/VI/64 Cabeza femoral con protesis en buena posición

26/X/64 La cabeza femoral derecha con copa de vitalium presenta luxación posterosuperior

Posteriormente se comprueba buena relación de superficies articulares.

Complicaciones: 1) Luxación antigua

Resultado: 1) Luxación y desplazamiento de la copa de Vitalium de la artroplastia de cadera derecha

CASO No. 4

Registro No. 16436 - 64 - RX No. 211677

A. D. Ch. A., femenino, 12 años

Consulta (10/VI/64 por: Caída

Historia: tres días previos a su consulta, se cae sobre rodilla derecha, golpeándose además la región glútea derecha

Cuadro clínico: incapacidad funcional, acortamiento y marcada rotación interna de miembro inferior derecho

Dx clínico: luxación cadera derecha

Rx: Luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: reducción cerrada y espica (10/VI/64). Se retira espica (10/VII/64)

Complicaciones: ninguna

CASO No. 5

Registro No. 25848 - 64 - RX No. 215807

Consulta (15/IX/64) por: accidente automovilístico

Historia: traumatismo en cadera izquierda al ser atropellada
por automóvil

Cuadro clínico: dolor en cadera izquierda

Dx clínico: luxación posterior cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada y espica (15/IX/64)

Rx control: buena relación de partes óseas de articulación
cadera izquierda

Complicaciones: ninguna

CASO No. 6.

Registro No. 32559 -64 - RX # 218928

D. R. M., masculino, 14 años

Consulta (23/XI/64) por: caída

Historia: 38 días previos a su consulta se cae desde 2 metros
de altura, desde entonces no puede extender el miem
bro inferior izquierdo

Cuadro clínico: acortamiento de miembro inferior izquierdo

Dx clínico: Luxación antigua de cadera izquierda

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda

Tratamiento: Reducción cruenta (2/XII/64). Espica

Rx control: buena reducción (4/XII/64).

Rx 16/I/65: separación de la epífisis femoral, la cual se en
cuentra en el acetábulo, la diáfisis femoral está -
desplazada hacia arriba

Complicación: 1) Luxación antigua

2) Necrosis aséptica

Tratamiento: Operación de Batchelor (4) (26/III/65)

Rx 29/III/65 Cadera izquierda con buena relación, con placa de Blount

Dos meses y medio después moviliza bien el miembro inferior izquierdo

Resultado posterior: Acortamiento (3cm.) de miembro inferior izquierdo.

CASO No. 7.

Registro No. 35483 - 64 Rx # 220370

P. A. B. V., masculino, 30 años

Consulta (24/XII/64) por: caída

Historia: Se cae desde lo alto de un árbol golpeándose la cadera y miembro inferior derecho

Cuadro clínico: muslo derecho en aducción y flexión e imposibilidad de movimientos con miembro inferior derecho

Dx clínico: luxación antigua cadera derecha

Rx: Luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: Tracción cutánea (24/XII/64)

Operación de Voss (6) (11/I/65) modificada y reducción de luxación posterosuperior de cadera derecha. Espica.

Rx control 14/I/65 Estructuras óseas de cadera derecha están en buena posición

Control clínico: movimientos de cadera derecha son amplios e

CASO No. 8.

Registro No. 35592 - 64 - Rx # 220438

J. D. N., masculino, 26 años

Consulta (26/XII/64) por: caída

Historia: 3 días previos a su consulta se cae desde una altura de diez metros, golpeándose la espalda y miembro inferior derecho.

Cuadro clínico: dolor a la palpación en región lumbosacra e incapacidad de movilizar miembro inferior derecho

Dx clínico: Traumatismos varios, luxación cadera derecha

Rx: Luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: Se intenta reducción cerrada y falla (8/I/65).

Posteriormente se efectúa operación de Voss (6) modificada, reducción de luxación cadera derecha.

Rx de control (18/I/65) Estructuras de articulación guardan relación anatómica

Resultado: dolor y debilidad en cadera derecha

CASO No. 9.

Registro No. 35777-64 - Rx # 220545

J. A. A. A., masculino, 25 años

Consulta (29/XII/64) por: accidente automovilístico

Historia: el día de su consulta sufre accidente automovilístico, recibiendo golpes en diversas regiones corporales

Cuadro clínico: dolor a la flexión y extensión en miembro inferior derecho y en región de isquión derecho

Dx clínico: luxación anterior de cadera derecha

Rx: luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: reducción cerrada. Espica (30/XII/64)

Rx control: (6/I/65) Hay buena posición de las superficies óseas de la articulación cadera derecha

Complicaciones: ninguna

CASO No. 10.

Registro No. 9356-65 - Rx # 224463

H. S. de S., femenino, 33 años

Consulta(29/III/65) por: trauma no especificado

Historia: cuatro meses de impotencia funcional de miembro inferior izquierdo post-trauma

Cuadro clínico: acortamiento (2 cm.) de miembro inferior izquierdo e incapacidad de movimientos

Dx clínico: luxación antigua cadera izquierda

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda con fractura del borde posterior del acetábulo

Tratamiento: aparentemente no se hizo ningún tratamiento, - excepto analgésicos, porque la paciente lo rehusó.

Rx (28/V/65) igual a Rx anteriores, pero hay callo óseo alrededor de la cabeza femoral

Control clínico: 7/VI/65 Acortamiento (2 cm.) de miembro inferior izquierdo, se recomienda usar zapato con alza.

Complicación: 1) Luxación antigua

2) Fractura del borde posterior del acetábulo

Resultado: Acortamiento miembro inferior izquierdo

CASO No. 11

Registro No. 9773 - 65 - Rx # 224612

A. S. H., masculino, 17 años

Consulta (1/IV/65): accidente automovilístico

Historia: sufre trauma de cadera izquierda al pasarle incompletamente las ruedas de un camión

Cuadro clínico: dolor e imposibilidad de movimientos en --- miembro inferior izquierdo

Dx clínico: trauma cadera izquierda

Rx: luxación posterosuperior cadera izquierda

Tratamiento: Reducción cerrada. Espica (1/IV/65)

Rx control (3/IV/65) cabeza femoral izquierda en buena posición en relación al acetábulo

Complicación: ninguna

CASO No. 12

Registro No. 13853- 65 - Rx # 226405 placa

R. A. A. V., masculino, 22 años

Consulta (21/V/65) por: caída

Historia: desde hace 15 años dolor en cadera derecha después de caída en que sufrió fractura de pierna izquierda y luxación de la cadera derecha, cojea desde en tonces

Cuadro clínico: deformidad de cadera derecha, movimientos --

Dx clínico: luxación inveterada de cadera derecha

Rx: luxación posterosuperior de cadera derecha con reacción
cicatricial en los tejidos blandos

Tratamiento: Osteotomía subtrocantérica (tipo Shanz) (10) -
8/VII/65.

Complicación: Luxación antigua

Resultado: Acortamiento miembro

CASO No. 13

Registro No. 16482 - 65 - Rx # 233265

L. A. S. G., masculino, 35 años

Consulta (1/VI/65) por: caída

Historia: accidente de trabajo, caída

Cuadro clínico: fractura tibia derecha y luxación cadera de
recha

Dx clínico: luxación inveterada cadera derecha

Rx (28/X/65): Luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: Reducción cruenta (20/X/65).

Se practica cambio de yeso (2/XII/65).

Complicaciones: 1) Luxación antigua

2) Infección de la herida operatoria

CASO No. 14.

Registro No. 21256 - 65 - Rx # 229628

R. R. M., masculino, 24 años

Consulta (7/VIII/65) por: dolor después de caída

Historia: dos días previos a su consulta se cae sentado, -

Cuadro clínico: deformidad del extremo superior del muslo - izquierdo, desviación lateral del muslo, acortamiento (4 cm.), rotación interna, aducción y ligera flexión.

Dx clínico: luxación cadera izquierda

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada. Espica (9/VIII/65).

Rx control: buena relación de superficies óseas articulares de cadera izquierda.

Complicación: ninguna.

CASO No. 15.

Registro No. A-67965 - RX # 232542

J. B. J., masculino, 22 años

Consulta: (11/X/65) por: caída

Historia: un día antes de su consulta se cae con los muslos en extensión forzada

Cuadro clínico: dolor en cadera izquierda, imposibilidad para los movimientos, muslo en semiflexión

Dx clínico: luxación cadera izquierda

Rx : luxación posterior cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada (maniobra de Bigelow). Espica (11/X/65)

Complicación: ninguna

CASO No. 16.

Registro No. 30825 - 65 - Rx # 233831

Consulta (10/XI/65) por: caída

Historia: seis días previos a su consulta sufre caída gol--
peándose cadera izquierda

Cuadro clínico: ?

Dx clínico: luxación cadera izquierda

Rx: luxación posterosuperior cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada. Espica (10/XI/65)

Complicación: ninguna.

CASO No. 17

Registro No. 31604 - 65 - Rx # 234132

G. A. M. B., masculino, 38 años

Consulta: (15/XI/65) por: golpes

Historia: paciente ebrio recibe traumatismos en diversas re-
giones corporales, no sabe como ni cuando

Cuadro clínico: dolor en región lumbar

Dx clínico: Traumatismos varios

Rx: Luxación posterosuperior de cadera izquierda con arran-
camiento de ceja cotiloidea. Fractura del isquión
derecho

Tratamiento: Operación de Voss (6). Reducción. Espica ---
(4/II/66)

Rx control (7/II/66 y 7/III/66) Buena relación de
partes óseas

Complicaciones: 1) Arrancamiento de ceja cotiloidea y frac-
tura isquión D

CASO No. 18

Registro No. 19751 - 66 - Rx # 244544

M. C. S., masculino, 30 años

Consulta (16/VII/66) por: caerle encima pared

Historia: le cae pared encima soterrándolo, cuando lo sacaron no podía caminar

Cuadro clínico: muslo izquierdo en flexión y rotación interna, es doloroso a los movimientos

Dx clínico: luxación posterior de cadera izquierda

Rx: luxación posterosuperior cadera izquierda con fractura del borde posterior de la ceja cotiloidea

Tratamiento: reducción cerrada. Tracción cutánea. Posteriormente espica.

Rx control (18/VII/66) Buena relación partes óseas.

Complicaciones: Fractura de la ceja cotiloidea

CASO No. 19

Registro No. 27744-66 - Rx # 248322

D. H. R., masculino, 20 años

Consulta (7/X/66) por: accidente de tránsito

Historia: el día de su consulta sufre accidente de tránsito recibiendo traumatismos varios

Cuadro clínico: deformidad en región de columna lumbosacra

Dx clínico: Traumatismos varios

Rx: 7/X/66 Luxación posterosuperior de ambas caderas, con fractura del acetábulo izquierdo.

gra reducción en cadera derecha (8/X/66), no dió - resultado en cadera izquierda por lo que se practicó tracción, rotación interna y aducción, logrando reducción. Espica.

Rx control 13/X/66. Bien reducida luxación de cadera derecha.

Persiste luxación y fractura en cadera izquierda
El 15/X/66 se pone tracción esquelética que se retira el 3/I/67.

Complicación: 1) Fractura acetábulo izquierdo

Resultado: Acortamiento miembro inferior izquierdo

CASO No. 20

Registro No. 30022-66 - Rx # 249619

T. de L. L., femenino, 16 años

Consulta (2/XI/66) por: accidente automovilístico

Historia: el día de su consulta es atropellada por automóvil

Cuadro clínico: imposibilidad de movimientos en miembro inferior derecho

Dx clínico: trauma cadera derecha. Luxación.

Rx: Luxación posterosuperior cadera derecha

Tratamiento: reducción cerrada (maniobra de Bigelow) 2/XI/66.
Espica.

Complicaciones: ninguna

CASO No. 21

Registro No. 31716 - 66 - Rx # 250454

J. A. M., masculino, 48 años

Consulta (18/XI/66) por: accidente automovilístico

Historia: sufre accidente automovilístico, lesionándose cabeza y miembro inferior izquierdo

Cuadro clínico: abrasiones y dolor a los movimientos en miembro inferior izquierdo

Dx clínico: luxación cadera izquierda

Rx: Luxación posterior cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada (maniobra de Bigelow). Espica.

Rx control: hay buena relación superficies articulares.

Complicaciones: ninguna.

CASO No. 22

Registro No. A-85634 - Rx # 258604

A. B. H., masculino, 25 años

Consulta (11/V/67) por: caída de un árbol

Historia: el día de su consulta se cae de un árbol perdiendo el conocimiento

Cuadro clínico: deformidad de cadera izquierda

Rx: Luxación anteroinferior de cadera izquierda

Tratamiento: reducción cerrada. Tracción cutánea. Espica.

Rx control: Bien reducida

Complicación: ninguna

CASO No. 23

Registro No. E-30779 - Rx # 261668

F. L. R., masculino, 45 años

Consulta (31/VII/67) por: golpe en cadera izquierda

Historia: dos días previos a su consulta recibe golpe en cadera izquierda, desde entonces dolor e impotencia funcional

Cuadro clínico: miembro inferior izquierdo en flexión, rotación interna, cadera izquierda dolorosa a la presión

Dx clínico: Luxación cadera izquierda

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda

Tratamiento: Reducción cerrada. Espica (31/VII/67).

Complicación: ninguna.

CASO No. 24

Registro No. D-14190 - Rx # 226105

E. L. M., femenino, 53 años

Consulta (15/VIII/67) por: accidente automovilístico

Historia: sufre accidente automovilístico el mismo día de su consulta.

Cuadro clínico: dolor en miembro inferior izquierdo y lo mantiene en flexión y rotación interna

Dx clínico: Luxación cadera izquierda

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda con arrancamiento de fragmento de ceja cotiloidea. Fractura -

Tratamiento: Reducción cerrada. Espica (22/VIII/67).
Rx control (23/VIII/67) Buena relación partes articulares.
Complicaciones: arrancamiento de fragmento de ceja cotiloidea.

CASO No. 25

Registro No. 20631-65 - Rx # 263894

R. M. C., femenino, 24 años

Consulta (29/VIII/67 por: accidente automovilístico

Historia: el día de su consulta sufre accidente automovilístico.

Cuadro clínico: dolor en región lumbar y ambas caderas. --
Traumas varios.

Dx clínico: Luxación cadera derecha

Rx: Luxación posterosuperior cadera derecha.

Tratamiento: Reducción cerrada. Espica (29/VIII/67).

Rx control (30/VIII/67): Bien reducida.

Complicación: Ninguna.

CASO No. 26

Registro No. 26295 - 67 - Rx # 265363

J. M. P. L., masculino, 59 años

Consulta (28/IX/67) por: caída

Historia: dos meses previos a su consulta sufre caída "zafándose" miembro inferior izquierdo, lo sobaron con lo cual sintió mejoría

Cuadro clínico: luxación de cadera izquierda

Rx.: (28/IX/67) Luxación posterosuperior de cadera izquierda
con calcificación en tejidos blandos
(23/X/67) Persiste luxación posterosuperior de ca-
dera izquierda

Tratamiento: Operación de Girdlestone (4) (28/X/67).

Rx control (30/X/67) Hay ausencia de cabeza femo--
ral izquierda, y la relación cuello acetábulo es -
satisfactoria.

Complicación: 1) Luxación antigua

Resultado: Acortamiento de miembro inferior izquierdo

CASO No. 27

Registro No. 32651-67 Rx # 268162

A. G. N., femenino, 17 años

Consulta (2/XII/67) por: accidente automovilístico

Historia: el día de su consulta es atropellada por automóvil.

Cuadro clínico: fractura de pierna derecha.

Dx clínico: Fractura pierna derecha.

Rx: Luxación posterosuperior cadera izquierda. Fractura tibia
y peroné derechos.

Tratamiento: reducción cerrada. Espica (2/XII/67).

Para fractura se puso tracción esquelética.

Rx control (14/XII/67) bien reducidas

Complicaciones: ninguna.

CAPITULO VIII

CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS PRESENTADOS

C U A D R O 1

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EDAD Y SEXO

Grupo etario	S e x o		F e m e n i n o		A m b o s s e x o s	
	Masculino					
10 - 19	2	7.40 %	3	11.11 %	5	18.51 %
20 - 29	8	29.63	2	7.40	10	37.03
30 - 39	4	14.82	1	3.71	5	18.53
40 - 49	2	7.41	1	3.71	3	11.12
50 - 59	2	7.41	2	7.40	4	14.81
TOTAL	18	66.67 %	9	33.33 %	27	100. %

Comentario del Cuadro No. 1

Según puede apreciarse en el cuadro No. 1, de los veintisiete casos estudiados de luxación traumática de la cadera, según edad y sexo, y desde el punto de vista global, hubo mayor número de casos en el sexo masculino que en el femenino; en cuanto a la edad, hubo mayor número de casos en el grupo etario de 20 - 29 años.

C U A D R O 2

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LA ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CAIDA	14	51.85 %
ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO	9	33.33
OTROS TIPOS DE TRAUMAS	4	14.82
T O T A L	27	100.00 %

Comentario del Cuadro No. 2

Como puede apreciarse en el cuadro No. 2, el mayor porcentaje según la causa etiológica corresponde a las caídas, comprendiendo estas tanto las caídas desde diversas alturas hasta aquellas en que el paciente se encontraba deambulando. En segundo lugar se encuentran los accidentes automovilísticos (atropellamientos).

En el grupo designado como otros tipos de trauma, se incluyeron los traumatismos no especificados; y un paciente al cual le cayó una pared encima, después de lo cual no pudo caminar.

C U A D R O 3

FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN LOS CASOS PRESENTADOS

SINTOMA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DEFORMIDAD	13	48.14 %
DOLOR	12	44.44
LIMITACION DE MOVIMIENTOS	9	33.33
ACORTAMIENTO DEL MIEMBRO	6	22.22

Comentario al Cuadro No. 3

El cuadro No. 3 nos muestra que el síntoma que en mayor número de casos se observó fue la deformación en la región de la cadera; en segundo lugar, el dolor; luego la limitación de movimientos; y por último, el acortamiento del miembro.

Es necesario hacer notar que, como era de esperarse, en varios casos se presentaron dos o tres de los síntomas mencionados; pero en otros, no se anotó ningún síntoma al momento de su consulta.

C U A D R O 4
 DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EL TIPO DE LUXACION
 Y LA CADERA AFECTADA

TIPO	IZQUIERDA		DERECHA		No. DE LUXACIONES	
POSTERIOR	2	7.15 %			2	7.15 %
POSTEROSUPERIOR	13	46.42	9	32.14 %	22	78.56
POSTEROINFERIOR						
ANTEROSUPERIOR	1	3.57			1	3.57
ANTEROINFERIOR	2	7.15	1	3.57	3	10.72
T O T A L	18	64.29 %	10	35.71 %	28	100. %

Comentario del Cuadro No. 4

En el cuadro No. 4, puede apreciarse que el tipo de luxación más frecuente fue el posterosuperior presentándose en 22 de las 28 luxaciones.

Las luxaciones ocurrieron más frecuentemente en la cadera izquierda que en la derecha.

En total aparecen 28 luxaciones cuando solo se estudiaron 27 casos, y es debido a que en uno de los casos (pacientes), - la luxación fué bilateral.

Aparecen dos luxaciones clasificadas como posteriores solamente, y se debe a que así fueron contestadas las placas de rayos X, y posteriormente se perdieron, razón por la cual no se revisaron las radiografías.

C U A D R O 5

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EL TIPO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	CASOS	FALLO
Reducción cerrada	17	3
Tratamiento quirúrgico		
a) Reducción cruenta	3	1
b) Operación de Voss	3	
c) Artroplastia	1	
d) Operación de Girdlestone	1	
e) Operación de Batchelor	1	
f) Osteotomia de Shanz	1	
g) Tracción esquelética	1	
Sin tratamiento	1	
T O T A L	29	4

Comentario del Cuadro No. 5

La reducción cerrada falló en tres intentos; en uno de ellos se reintentó la reducción cerrada después de haber -- efectuado tracción cutánea durante 7 días, y se obtuvo éxito; en otra se practicó la operación de Voss; y en otro se puso tracción esquelética.

Después de una de las reducciones cruenta hubo necro-- sis aséptica de la cabeza femoral y desplazamiento epifisio-- rio. por lo que se practicó la operación de Batchelor. Por

C U A D R O 6

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LAS COMPLICACIONES

Complicación	No. de casos	Porcentaje
Luxación antigua	8	29.62 %
a) acetábulo	2	
Fractura	3	22.22
b) Ceja cotiloidea		
c) desplazamiento epifisiario	1	
Necrosis aséptica	1	3.70
Infección de herida operatoria	1	3.70

Comentario del Cuadro No. 6

Se tomaron como luxación antigua, aquellos casos en que transcurrieron más de 35 días entre la fecha en que ocurrió la luxación y la fecha en que recibió tratamiento.

La necrosis aséptica se presentó en un caso, al cual se le había practicado reducción cruenta.

C U A D R O 7

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LOS RESULTADOS FINALES

TRATAMIENTO	RESULTADO FINAL		
	BUENO	REGULAR	MALO
Reducción cerrada	17		
Reducción cruenta	2		(1)
Operación de Voss	3		
Artroplastia	1		
Operación de Girdlestone		1	
Operación de Batchelor		1	
Osteotomia de Shanz		1	
Tracción esquelética		1	
Sin tratamiento		1	
T O T A L	23	5	(1)

Comentario del Cuadro No. 7

Se obtuvo buen resultado en 23 de las 28 luxaciones.

En los 5 casos que aparece como regular el resultado obtenido, es porque después del tratamiento hubo acortamiento del miembro afectado.

El caso de reducción cruenta en que se obtuvo mal resultado, es porque se presentó necrosis aséptica de la cabeza femoral y desplazamiento epifisiario; y es el mismo en que se llevó a cabo la operación de Batchelor, por esa razón se ha pue-

C O N C L U S I O N E S

Este trabajo se llevó a cabo en el Hospital Rosales, Se estudiaron 28 luxaciones traumáticas de la cadera ocurridas - en 27 pacientes, en una paciente la luxación fue bilateral.

El mayor número de luxaciones correspondió al sexo masculino (66.67%), y al grupo etario de 20 a 29 años (37.03 %).

La etiología más frecuente fueron las caídas (51.85%), - también fué frecuente el accidente automovilístico (33.33%).

La deformidad de la cadera (48.14%) y el dolor (44.44%) fueron los síntomas más frecuentes al momento de consultar.

La cadera izquierda fue la más comunmente afectada ---- (64.29%).

El tipo más frecuente de luxación correspondió al poste-rosuperior, tanto en la cadera izquierda como en la derecha - (78.56%).

Entre las complicaciones, la más frecuente fue la luxa--ción antigua (29.62%) y en segundo lugar la fractura (22.22%).

El tratamiento más empleado fue la reducción cerrada, -- que se llevó a cabo en 17 de las 28 luxaciones; el tratamien-to quirúrgico se empleó en 10 luxaciones; una luxación no fue tratada, porque la paciente no quiso.

De los procedimientos quirúrgicos el más empleado y con buenos resultados fue la operación de Voss, que se practicó -

En conclusión, debe intentarse siempre que sea posible la reducción cerrada, si esta falla, hay que valorar adecuadamente el caso para decidir el tipo de tratamiento a seguir, que podrá ser desde tracción cutánea o esquelética, hasta la reducción cruenta, artroplastia, osteotomía y en último caso artrodesis.

Como se ha visto en este trabajo, el tratamiento quirúrgico deberá emplearse en aquellos casos que debido a las complicaciones que presentan, no se logra la reducción cerrada.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ADAMS, J. C.: A reconsideration of cup arthroplasty of the hip. J. Bone & Joint Surg. 35-B: 199 -208. 1953.
- 2.- BOHLER, L.: Técnica del tratamiento de las fracturas. 3a. ed. Buenos Aires, Editorial Labor, 1942 1720 p.
- 3.- BORJA ARAUJO, J.: Coxartrose. Revista de ortopedia y traumatología (Madrid). 6 (3): 461-611. Sep -- tiembre 1962.
- 4.- CAMPBELL, W. C.; Crenshaw, A. H.: Cirugía Ortopédica. 4a. ed. Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1966. 2125 p.
- 5.- DAVIS, JOE B.: The muscle pedicle bone graft in hip -- fusion. J. Bone & Joint Surg. 36-A: 790 -809. 1954.
- 6.- EHALT, W.: La cadera colgante temporal según Voss. Revista de Ortopedia y traumatología (Madrid). 6 (3) : 640-645. Septiembre 1962.
- 7.- GRAY, H.: Anatomía humana. Buenos Aires, Editoria F. O. T. Emecé, 1949. 1953 p.
- 8.- KEY Y CONWELL.: Fracturas, luxaciones y esguinces. México, Editorial Hispano-americana, 1946. 1323 p.

- 9.- PADOVANI, P.: Las operaciones de descarga en el tratamiento de la coxoartrosis. Revista de Ortopedia y traumatología (Madrid). 6 (3): -- 616-622. Septiembre 1962.
- 10.- STEINDLER, A.: Orthopedic Operations. 2a. ed. Illinois, Charles C. Thomas, 1943. 766 p.
- 11.- TESTUT, L; JACOB, O.: Compendio de anatomia topográfica, 11a. ed. Barcelona, Salvat, 1948. 481 p.
- 12.- WATSON JONES, R. : Fracturas y traumatismos articulares. 4a. ed. Barcelona, Salvat, 1957. 1077 p.