

Luxación central bilateral de cadera

Bilateral acetabular fracture dislocation

García Jiménez A, Natera LG, Proubasta I, González Rodríguez JC

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

La luxación central bilateral de cadera constituye una lesión muy poco frecuente. En este artículo se presenta un caso de un paciente masculino de 95 años que ingresó en nuestro centro presentando la entidad enunciada, no pudiéndose precisar con certeza el motivo de la misma, e indicándose tratamiento conservador dado el contexto patológico y la edad del paciente en cuestión.

Palabras clave:

Cadera, luxación, fractura, central, bilateral, acetabular.

Abstract

The bilateral acetabular fracture dislocation is a rare injury. This article presents the case of a 95 years old male patient who was admitted in our hospital presenting this entity. The reason of it could not be specified; and the treatment indicated was conservative given the pathologic context and age of this patient.

Key words:

Hip, dislocation, fracture, central, bilateral, acetabular.

Introducción

La luxación central de cadera suele producirse por un traumatismo de alta energía, ya sea a consecuencia de un accidente de tráfico, precipitación desde gran altura o tras un impacto directo sobre el trocánter mayor. Sin embargo, cuando la lesión es bilateral, la causa más frecuente es la crisis convulsiva. En estos casos, las fracturas pueden no ser detectadas desde el inicio, y la muerte puede sobrevenir como consecuencia de un sangrado pélvico masivo que se puede agravar a medida que se retrasa el diagnóstico [1]. En el presente caso presentamos una luxación central bilateral de caderas por mecanismo de lesión desconocido y, a partir del mismo, realizamos una revisión bibliográfica.

Caso clínico

Un varón de 95 años fue atendido en nuestro servicio de urgencias tras ser hallado en el suelo de su domicilio, cerca de la cama, con una herida contusa en región occipital e

impotencia funcional de ambos miembros inferiores. Entre sus antecedentes patológicos destacaba una cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una neoplasia de próstata con posible diseminación pélvica en estudio. La deambulación previa del paciente era aceptable, además de ser independiente para las actividades básicas de la vida diaria, obteniendo 100 puntos en la escala de Barthel sólo dos meses antes del ingreso.

Tras ser evaluado por neurocirugía de su traumatismo craneal y descartar clínica neurológica o lesión cerebral mediante TC, pasó al departamento de traumatología. Después de suturar la herida de la cabeza, se exploraron ambas extremidades inferiores, las cuales se encontraban en actitud de rotación externa con intenso dolor ante cualquier intento de movilización de las caderas. Los pulsos distales estaban presentes y no se observaban déficits sensitivos ni motores. El estudio radiográfico de la pelvis objetivó la presencia de una fractura-luxación central de ambas caderas (Figura 1). Debido a la edad y patología asociada se decidió tratamiento conservador de las mismas. A la semana de su ingreso inició sedestación, siendo ésta bien tolerada, y a las dos semanas se le dio el alta hospitalaria.

Correspondencia

A García Jiménez
e-mail: agarciaji@santpau.cat



Fig. 1. Radiografía de pelvis en proyección A-P el día del ingreso, con protrusión central de ambas cabezas femorales sobre el acetábulo.



Fig. 2. Radiografía de pelvis en proyección A-P en el momento del alta.

Durante el ingreso, que duró 24 días, el paciente requirió transfusión de dos concentrados de hemáties. Fueron tomadas radiografías de control periódicamente (Figura 2). Presentó diversos episodios de agitación que fueron controlados médicamente. A los dos meses del accidente, al no acudir al control ambulatorio, nos pusimos en contacto telefónico con su familia, la cual nos comunicó su defunción, sin aclarar la causa exacta de la misma.

Discusión

La luxación central bilateral de cadera constituye una lesión excepcionalmente infrecuente de la que hemos encontrado 22 casos publicados [1-10]. En la mayoría de ellos, la

lesión se encontraba enmarcada en el contexto de un episodio de mioclonía secundaria a diversas entidades, entre las que destacaba por encima de todas la crisis epiléptica. Sin embargo, aparecen otras causas como son la hiponatremia, eclampsia, accidentes cerebrovasculares e incluso tras la administración de dímero X en el curso de una mielografía que ocasionó un episodio convulsivo. Vemos, pues, que la causa de esta patología no es propiamente traumática, al menos por mecanismo directo, sino que acontece como consecuencia de contracciones súbitas y forzadas de la musculatura insertada en el trocánter mayor, las cuales simulan impactos de alta velocidad sobre el mismo, con la consiguiente fractura del techo acetabular y protrusión central de la cabeza femoral [5][10]. Por tanto, en ausencia de antecedente traumático, podríamos considerar la luxación central de caderas bilateral patognomónica de episodios convulsivos de etiología diversa. De hecho, en nuestro paciente, si bien se le encontró en el suelo al lado de la cama sugiriendo una caída de la misma, explicaría solamente la fractura-luxación en una cadera y no en las dos. Por tanto, muy bien podría haber sufrido una crisis convulsiva previa a su caída, lo que reforzaría la bilateralidad de la lesión acontecida.

En cuanto al tratamiento se refiere, la reducción abierta y fijación interna sería el tratamiento de elección, aunque puede optarse por la colocación inicial de una artroplastia total de cadera. Sin embargo, es necesario tener presente las circunstancias que influyen en el resultado funcional, como son la edad, el tipo de fractura, la magnitud del daño de la cabeza femoral, la presencia de lesiones asociadas, el abordaje quirúrgico empleado, la calidad de la reducción y las complicaciones –tanto locales como generales– que puedan derivar. Sea como fuere, en la mayoría de los casos publicados el tratamiento indicado fue conservador, con tracción esquelética de seis a ocho semanas, seguidas de deambulación con carga a partir de los tres meses del accidente. En nuestro caso, se obvió dicho tratamiento para evitar las complicaciones inherentes al encamamiento prolongado en una persona de 95 años. Aun así, la mortalidad documentada en este tipo de casos es del 18,5% [10]. La luxación central bilateral de cadera constituye una lesión extraordinariamente infrecuente y casi siempre viene precedida por una crisis convulsiva, ya sea en el curso de un estatus epiléptico o por otra causa médica propiamente dicha. Es por ello que, al igual que ocurre con la luxación posterior bilateral de hombros, la lesión de las caderas puede pasar desapercibida en un primer examen y, en consecuencia, con probabilidad de producir complicaciones graves e incluso la muerte por hemorragia masiva. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hughes CA, O'Brian DS. Sudden death from pelvic hemorrhage after bilateral central fracture dislocations of the hip due to an epileptic seizure. *Am J Forensic Med Pathol* 2000; 21:380-4.
2. Eastwood JB, Parker B, Reid BR. Bilateral central fracture-dislocation of hips after myelography with meglumine iocarmate (Dimer X). *Br Med J* 1978; 1:692-3.
3. Friedberg R, Buras J. Bilateral acetabular fractures associated with a seizure. A case report. *Ann Emerg Med* 2005; 46:260-2.
4. McEwan LM. Unsuspected bilateral central acetabular fractures diagnosed with nuclear scintigraphy. *Australas Radiol* 2003; 47:447-9.
5. Remec PT, Evarts CM. Bilateral central dislocation of the hip. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1983; 181:118-20.
6. Ribacoba-Montero R, Salas-Puig J. Simultaneous bilateral fractures of the hip following a grand mal seizure. An unusual complication. *Seizure* 1997; 6:403-4.
7. Van Heest A, Vorlicky L, Thompson RC Jr. Bilateral central acetabular fracture dislocations secondary to sustained myoclonus. *Clin Orthop Relat Res* 1996; 324:210-3.
8. Takahashi Y, Ohnishi H, Oda K, Nakamura T. Bilateral acetabular fractures secondary to a seizure attack caused by antibiotic medicine. *J Orthop Sci* 2007; 12:308-10.
9. Balcarek P, Dresing K, Walde TA, Tezval M, Stürmer KM. Myoclonus-induced bilateral acetabular fracture dislocations. *J Arthroplasty* 2009; 24:826.
10. Nehme AH, Matta JF, Boughannam AG, Jabbour FC, Imad J, Moucharafieh R. Literature Review and Clinical Presentation of Bilateral Acetabular Fractures Secondary to Seizure Attacks. *Case Rep Orthop* 2012, doi:10.1155/2012/240838.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.