

Reducción incongruente de cadera tras luxación traumática por interposición de ceja posterior acetabular. Miniabordaje anterior de cadera y artroscopia seca para retiro del fragmento y evaluación articular

Francisco Nally, Facundo Diaz, Juan Ignacio Pedernera
Traumatólogos Asociados de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de veinte años a quien le queda un fragmento de la ceja acetabular posterior interpuesto dentro de la articulación tras la reducción de una luxación traumática de cadera. Se planteó un tratamiento por vía miniinvasiva anterior, con artroscopia seca con el fin de retirar el fragmento interpuesto, y la limpieza de la avulsión del ligamento redondo. En mesa de tracción se pudo retirar el fragmento interpuesto y evaluar el estado articular. Se muestran excelentes resultados clínicos e imagenológicos que desafían el concepto del abordaje posterior para lesiones posteriores.

Palabras clave: Luxación Traumática de Cadera; Artroscopia; Miniabordaje Anterior

Nivel de Evidencia: III

ABSTRACT

The case of a twenty-year-old patient who has a fragment of the posterior acetabular rim interposed within the joint after reduction of a traumatic hip dislocation is presented. Anterior minimally invasive treatment was proposed, with dry arthroscopy to remove the interposed fragment and clean the round ligament avulsion. On the traction table, the interposed fragment could be removed, and the joint status evaluated. Excellent clinical and imaging results are shown what challenges the concept of a posterior approach for posterior lesions.

Keywords: Traumatic Hip Dislocation; Arthroscopy; Anterior Mini-Approach

Level of Evidence: III

INTRODUCCIÓN

La luxación traumática de cadera genera lesiones en la cápsula, el labrum y en algunos casos fractura la ceja acetabular en la dirección de la luxación, así como puede fracturar la cabeza del fémur o avulsionar el ligamento redondo. En cualquiera de esos casos, donde alguna estructura puede quedar atrapada dentro de la articulación, la reducción será incongruente. El daño articular de ignorar este diagnóstico será irreversible para la articulación.

En primera instancia, el tratamiento debe contemplar el retiro del material interpuesto, la evaluación articular y el subsiguiente análisis de la estabilidad articular. El riesgo de necrosis avascular es altísimo por la luxación inicial, pero un segundo golpe en la irrigación puede ser catastrófico. Se propone la utilización de un abordaje anterior que no daña estructuras neurovasculares ni musculares asociado a la utilización de visión artroscópica, tal lo descrito por Ribas y cols.¹⁻²

Francisco Nally

franciscoj.nally@gmail.com

Recibido: Marzo de 2022. Aceptado: Mayo de 2023.

CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de veinte años, que en un accidente automovilístico sufrió la luxación articular de su cadera derecha. Luego de la reducción en rayos, su articulación quedó incongruente. Se trata de un fragmento de ceja acetabular posterior interpuesto en la región superior de la articulación. El paciente no presentaba alteraciones neurovasculares luego de la reducción. Se planificó cirugía a los siete días de esta (fig. 1).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se coloca al paciente bajo anestesia raquídea sobre camilla de tracción. Con fluoroscopia se efectúa una evaluación prequirúrgica para controlar la distracción articular, logrando distraer al menos 1 cm. Se realiza un abordaje anterior de 4 cm a 1 cm lateral a la espina ilíaca anterosuperior, donde se accede a la cápsula anterior de la cadera derecha. Se progresa con una capsulotomía amplia para visualizar el cuello y así acceder a la articulación con una óptica de 30°.

Con *shaver* se retira el ligamento redondo avulsiona-

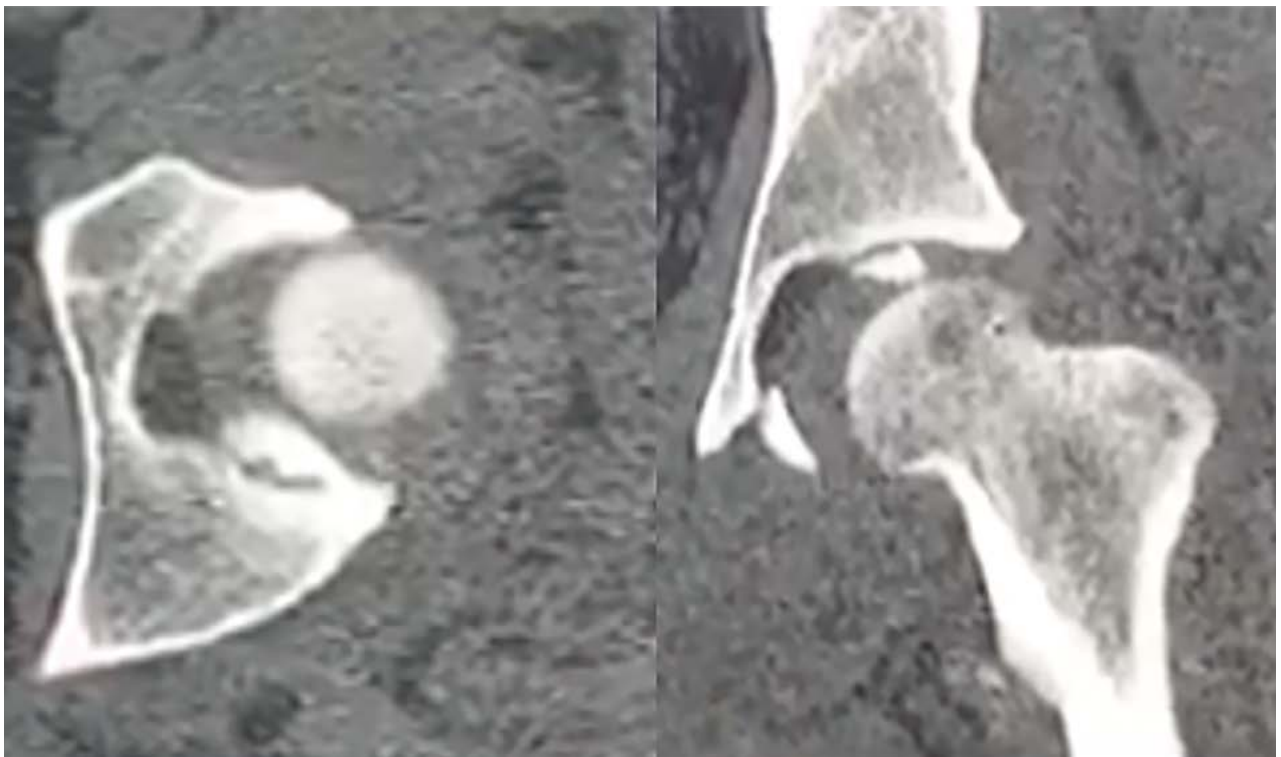


Figura 1: Imágenes de tomografía computada que muestran el fragmento de ceja posterior intraarticular que impide la completa reducción articular.

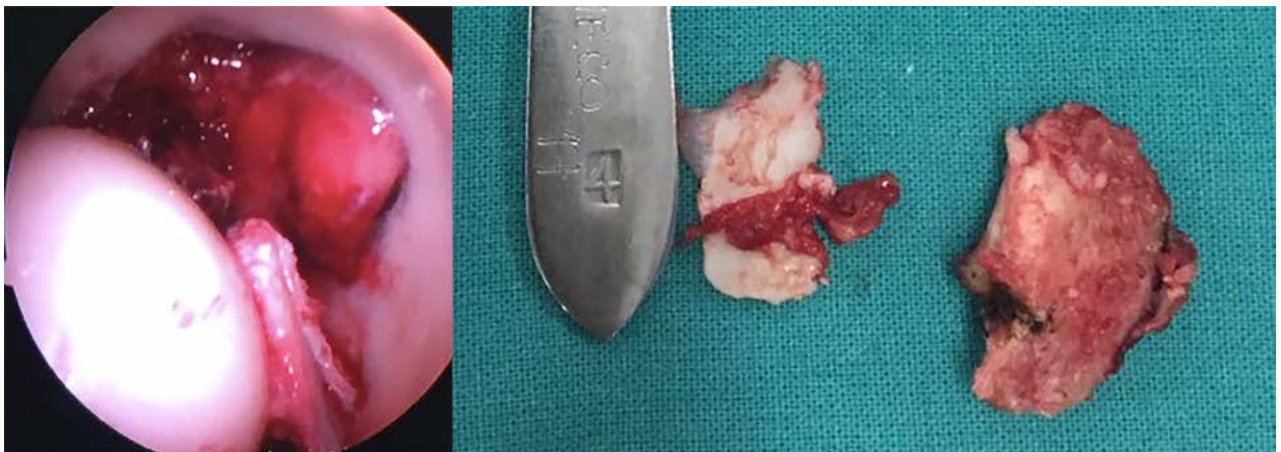


Figura 2: Izq.) Imagen artroscópica intraarticular que evidencia el fragmento avulsionado del ligamento redondo. Der.) Fragmentos retirados.

do y con una pinza curva hemostática se accede al trasfondo acetabular para retirar fragmentos de cartilago. De forma palpatoria, rodeando el cuello femoral hacia posterior, se palpa fragmento de hueso de 1 por 1.5 cm que pudo ser liberado de la cápsula con electrobisturí. Gracias a la visualización intraarticular, se reconoce el lugar donde se produjo la fractura, el que es posteroinferior, sin gran función de contención articular.

Luego de cuarenta y cinco minutos de tracción, se la retira examinando bajo visión artroscópica la congruencia articular y el estado articular indemne. Después, se procede al cierre de la cápsula en su totalidad con Vycril 0. Luego, piel con nylon 2-0 intradérmico. Bajo radioscopia,

una vez retirados los campos, se evalúa la estabilidad articular, la que arroja resultados satisfactorios (fig. 2).

DISCUSIÓN

La utilización de la artroscopia para casos traumáticos de cadera fue presentada inicialmente por Goldman *et al.* en 1987, con la extracción de una bala de la región posterosuperior y medial de la cadera.³ Keene y Villar reportaron en 1994 el retiro de cuerpos libres articulares luego de la reducción articular por luxación.⁴ Luego Byrd, Svoboda *et al.*, y Yamamoto *et al.* describieron el retiro de fragmentos libres articulares luego de luxaciones traumáticas.⁵⁻⁷ Va-

rios autores reportaron la reducción y fijación de fracturas acetabulares o femorales como la de Matsuda *et al.*,⁸ donde lograron, bajo visión artroscópica, la reubicación y fijación con un tornillo del fragmento libre; a diferencia de este caso, el fragmento era de menor tamaño y su retiro no afectó la estabilidad articular. En algunos casos reportados se utilizaron suturas para reducir esos fragmentos y fijarlos.

Existe controversia en cuán grande debe ser el fragmento para reposicionarlo. Actualmente es indicación de evaluación radioscópica la estabilidad posreducción. Se estima que, si el fragmento es mayor a 1 cm de superficie articular, y genera inestabilidad documentada por radioscopia, debería fijarse. Otra opción pudo haber sido un abordaje posterior, pero para luxar la articulación dañaríamos no sólo la vascularización de la circunfleja posterior sino también el cartílago durante la luxación. Consideramos que un abordaje anterior es menos dañino.

La utilización de un abordaje de baja morbilidad y la posibilidad de palpar el fragmento articular condiciona el abordaje del caso. Aquí la distracción se ve facilitada por la pérdida de la presión negativa de la cadera por el daño capsular. La visualización artroscópica resultó de gran ayuda para triangular el *shaver* y reconocer el sitio del desprendimiento óseo. El cierre capsular resulta vital en estos casos para colaborar en la estabilidad articular, cosa que la artroscopia no permite (fig. 3).⁹

CONCLUSIÓN

El retiro de un fragmento de origen posterior, solucionado por vía anterior, se trata de una técnica replicable y práctica, hecho que desafía las indicaciones habituales. Ante fragmentos de considerable tamaño, un abordaje ante-

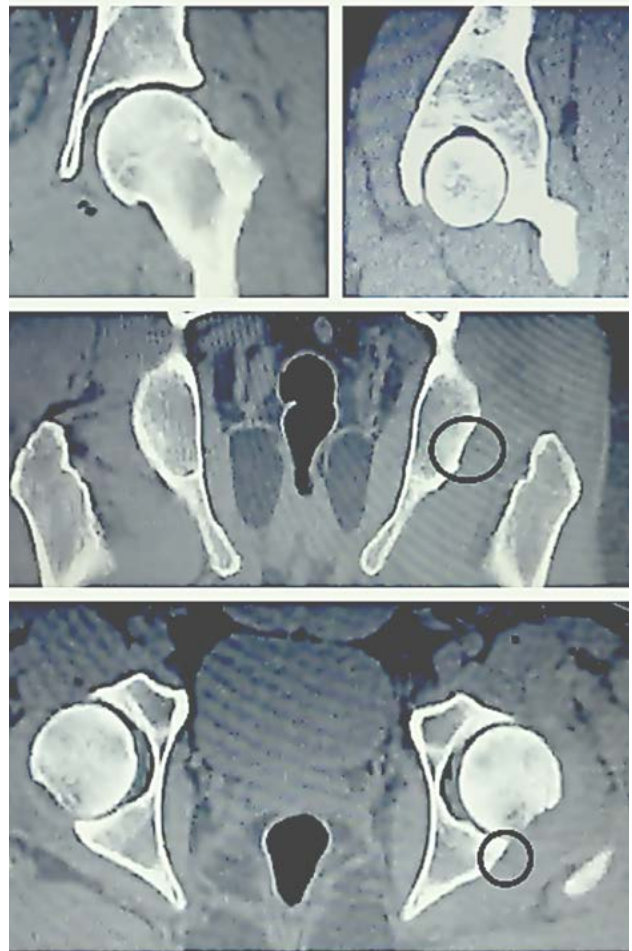


Figura 3: Imágenes de tomografía computada postoperatoria tras el retiro del fragmento articular. Nótese el escaso porcentaje articular que este representa.

rior disminuye los tiempos quirúrgicos y permite un cierre capsular que influye en la estabilidad articular.

BIBLIOGRAFÍA

- Ribas M; Marín O; Ledesma R; Tey M; Valles A, Vilarrubias JM. Atrapamiento o choque femoroacetabular: concepto, diagnóstico y tratamiento (Parte II). *Archivos de Medicina del Deporte*, 2008; Volumen XXV, Número 125: 199-206. Disponible en: https://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/revision_atrapamiento2_199_125.pdf
- Burman MS. Arthroscopy or the direct visualization of joints. *J Bone Joint Surg*, 1931; 4: 669-95.
- Goldman A; Minkoff J; Price A; Krinick R. A posterior arthroscopic approach to bullet extraction from the hip. *J Trauma*, 1987; 27(11): 1294-300. DOI: 10.1097/00005373-198711000-00016
- Keene GS; Villar RN. Arthroscopic loose body retrieval following traumatic hip dislocation. *Injury*, 1994; 25: 507-10.
- Byrd JW. Hip arthroscopy for post traumatic loose fragments in the young active adult: Three case reports. *Clin J Sport Med*, 1996; 6(2): 129-33.
- Svoboda SJ; Williams DM; Murphy KP. Hip arthroscopy for osteochondral loose body removal after a posterior hip dislocation. *Arthroscopy*, 2003; 19(7): 777-81.
- Yamamoto Y; Ide T; Ono T; Hamada Y. Usefulness of arthroscopic surgery in hip trauma cases. *Arthroscopy*, 2003; 19(3): 269-73.
- Matsuda DK. A rare fracture, an even rarer treatment: the arthroscopic reduction and internal fixation of an isolated femoral head fracture. *Arthroscopy*, 2009; 25(4): 408-12. DOI: 10.1016/j.arthro.2009.01.011.
- Allende G; Masquijo J; Narbona P; Vázquez Bestard L; Marcos L. Remoción artroscópica de fragmentos libres osteocondrales secuela a fractura-luxación posterior de cadera Reporte de tres casos. *Artroscopia*, 2005; 12(1): 52-8.