

Luxación traumática anteroinferior de cadera: reporte de un caso

Víctor A. Avendaño Arango, Ricardo Londoño García, Camilo González, Miguel Ángel Cano

Departamento de Urgencias, Unidad de Trauma, Hospital "Pablo Tobón Uribe", Medellín, Colombia

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un hombre con luxación anteroinferior de cadera, que acude al servicio de urgencias por dolor intenso, limitación funcional, rotación externa y flexión de la cadera izquierda. Durante la evaluación en urgencias, se tomaron radiografías anteroposterior de pelvis y lateral de cadera, que confirmaron la luxación, y se descartaron fracturas asociadas. Se intentó la reducción cerrada en la sala de procedimientos, que fue fallida, por lo cual se procedió a la reducción cerrada bajo anestesia general, con éxito. Una tomografía computarizada simple después de la reducción mostró la congruencia articular. **Conclusiones:** La luxación anteroinferior de cadera es una lesión rara, pero de alta morbilidad, que requiere diagnóstico y reducción urgentes para evitar complicaciones, como la necrosis avascular. El caso presentado destaca la necesidad de realizar una tomografía computarizada después de la reducción, considerar el manejo quirúrgico si la reducción cerrada inicial falla y asegurar un seguimiento clínico riguroso, ya que el tiempo hasta la reducción es el principal factor pronóstico. La rehabilitación temprana y progresiva es clave para una recuperación funcional adecuada.

Palabras clave: Cadera; luxación; anterior.

Nivel de Evidencia: IV

Anteroinferior Hip Dislocation: A Case Report

ABSTRACT

We report the case of a man with an anteroinferior hip dislocation who presented to the emergency department with severe pain, functional limitation, and external rotation and flexion of the left hip. Anteroposterior pelvic and lateral hip radiographs obtained during the initial evaluation confirmed the dislocation and ruled out associated fractures. An initial attempt at closed reduction in the procedure room was unsuccessful, but closed reduction was subsequently achieved under general anesthesia. A post-reduction noncontrast computed tomography (CT) scan confirmed joint congruity. **Conclusions:** Anteroinferior hip dislocation is a rare injury associated with high morbidity and requires urgent diagnosis and reduction to prevent complications such as avascular necrosis. This case underscores the need for post-reduction CT imaging, consideration of surgical management if the initial closed reduction fails, and close clinical follow-up, as time to reduction is the main prognostic factor. Early, progressive rehabilitation is essential for adequate functional recovery.

Keywords: Hip; dislocation; anterior.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La luxación de cadera es una lesión traumática que provoca la pérdida de la congruencia articular entre la cabeza femoral y el acetábulo, lo que compromete su estabilidad y función. Típicamente, este tipo de lesiones ocurren por accidentes de vehículos motorizados, caídas desde alturas o traumas deportivos.¹

Se trata de una emergencia médica que requiere atención inmediata debido a las graves complicaciones asociadas, como lesiones vasculares, nerviosas y musculares, así como a la posibilidad de desarrollar osteoartritis postraumática a largo plazo y necrosis avascular, si no se indica un tratamiento oportuno.² Sin embargo, como la articulación de la cadera es inherentemente estable debido a sus componentes óseos, ligamentosos y musculares, se requiere una fuerza significativa para luxarla, motivo por el cual, a menudo, se asocia con fracturas de la cabeza femoral o el acetábulo.³

Recibido el 8-2-2024. Aceptado luego de la evaluación el 8-9-2025 • Dr. VÍCTOR A. AVENDAÑO ARANGO • avendano7245@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2976-3269>

Cómo citar este artículo: Avendaño Arango VA, Londoño García R, González C, Cano MÁ. Luxación traumática anteroinferior de cadera: reporte de un caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2026;91(5):483-487. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2026.91.5.1924>

Las luxaciones de cadera pueden clasificarse en: congénitas o adquiridas, simples o complejas, en caderas nativas o prótesis, y según la dirección de la luxación.⁴

La presentación de este caso raro de luxación simple anteroinferior de una cadera nativa en un adulto joven tiene como objetivo resaltar esta entidad clínica inusual y enfatizar la importancia de reconocer, reducir y descartar oportunamente fracturas asociadas.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 23 años, sin comorbilidades llegó al servicio de urgencias acompañado por su pareja. Manifestó que, en la mañana, había sufrido un accidente de tránsito mientras conducía una motocicleta, en el que chocó contra un automóvil. Mencionó haber estado bajo la influencia de alcohol y sustancias psicoactivas, y desconocer el mecanismo de trauma sobre la extremidad.

En la consulta, informó sobre un traumatismo directo en la cadera izquierda, que le produjo un dolor intenso y limitación en los rangos de movilidad en esa articulación. Durante la revisión sistemática negó otros traumas o síntomas.

El examen físico reveló que la extremidad inferior izquierda estaba rotada externamente y dolor al palpar la cadera izquierda. La cadera estaba en posición flexionada, con intolerancia a la extensión tanto pasiva como activa. No se observaron hematomas. Sentía dolor en el muslo izquierdo al palpar en el tercio proximal; en el resto de la extremidad, no sentía dolor ni había signos de traumatismo. Los reflejos osteotendinosos en las extremidades inferiores estaban conservados y eran simétricos. La evaluación neurovascular de ambas extremidades inferiores era normal.

Se tomaron radiografías anteroposterior de pelvis y lateral de cadera izquierda, que confirmaron la luxación anterior de la cadera izquierda sin fracturas asociadas (**Figura 1**).

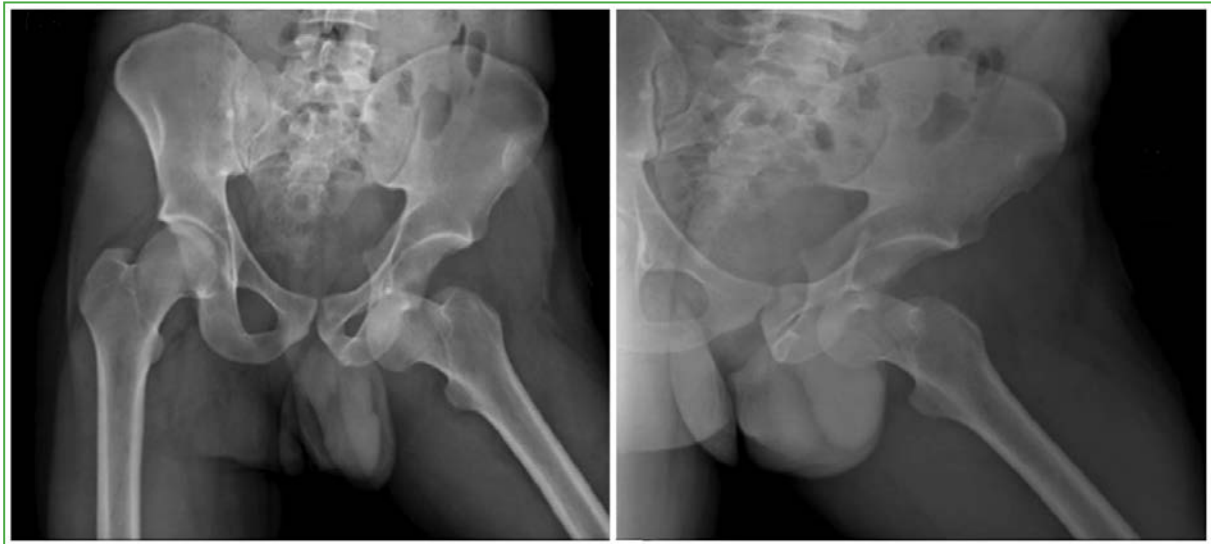


Figura 1. Radiografías anteroposterior de pelvis y lateral de cadera izquierda que confirman la luxación anteroinferior de la cadera izquierda.

El paciente fue trasladado a la sala de procedimientos donde, bajo sedación moderada, se intentó la reducción cerrada de la cadera, sin éxito. Como resultado, se decidió programar una reducción cerrada con anestesia general.

Durante el procedimiento quirúrgico, se observó que la cadera izquierda estaba luxada anteriormente, con la cabeza del fémur medializada y atrapada en tejido muscular. Se realizaron varios intentos hasta lograr una reducción exitosa que dieron como resultado una articulación de cadera estable con flexión-extensión y rotaciones preservadas. Después del procedimiento, se solicitó una tomografía computarizada de pelvis que confirmó una articulación congruente sin líneas de fractura (**Figura 2**).

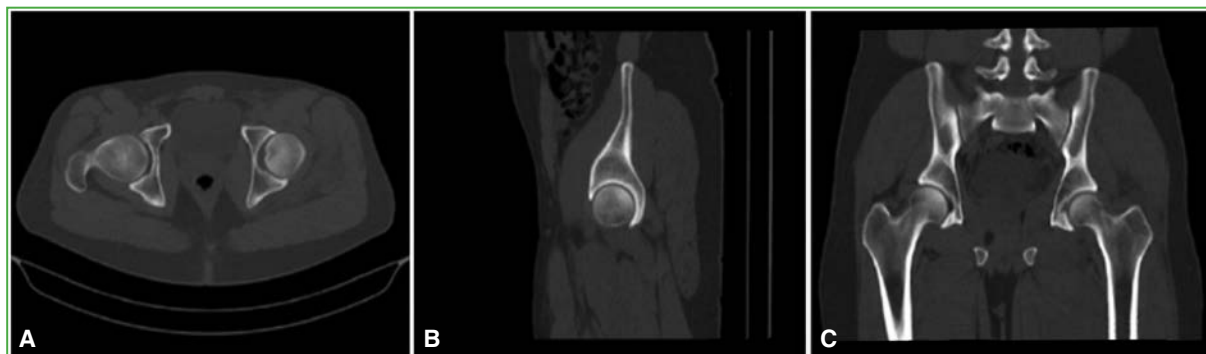


Figura 2. Tomografía computarizada de pelvis, cortes axial (A), sagital (B), coronal (C). Se descartan fracturas asociadas del acetábulo o la cabeza femoral. Se observa la congruencia articular.

Se descartó un compromiso neurovascular en un examen físico. El paciente recibió el alta y se indicó una consulta de seguimiento programada.

En el control ambulatorio, ambas extremidades inferiores estaban bien alineadas, sin ninguna asimetría notable. La articulación de la cadera afectada tenía una capacidad de flexión de 100° , pero el paciente no toleraba movimientos adicionales debido al dolor. Las rotaciones y la extensión completa de la cadera estaban limitadas a causa del dolor. No había evidencia de ningún déficit neurovascular en la región distal. En la parte posterior del muslo derecho, se observó equimosis, pero no había limitación de la movilidad asociada.

A los 6 meses de seguimiento, aún informaba dolor y limitación funcional al realizar movimientos que involucraban la flexión completa y la abducción de la cadera afectada. Indicó que no tenía limitación ni dolor al caminar y negó inestabilidad en la articulación.

En el examen físico, no tenía limitaciones al caminar, ambas extremidades inferiores estaban bien alineadas y no había hematomas ni deformidades. Sentía dolor en la cadera afectada con la flexión pasiva completa sin limitación en este rango de movilidad. En cuanto a la abducción, tenía dolor y solo lograba alcanzar hasta 40° debido a las molestias. No se observaron restricciones en la extensión, rotación interna o externa, ni extensión de la cadera afectada.

DISCUSIÓN

La luxación de cadera es relativamente poco común en comparación con otras luxaciones articulares, y suele ocurrir, sobre todo, por accidentes traumáticos de alta energía. Aproximadamente el 62-93% de las luxaciones de cadera se atribuyen a accidentes de tránsito.¹ Representan solo alrededor del 5% de todas las luxaciones traumáticas, el 85-90% son luxaciones posteriores y el resto, luxaciones anteriores o centrales.² El grupo demográfico más afectado está compuesto por hombres de entre 16 y 40 años de edad.

Las luxaciones anteriores de cadera se asocian con una probabilidad del 35% de sufrir lesiones óseas concomitantes.³ Se clasifican en tipo superior (púbico) e inferior (tipo obturador), este último tipo representa el 69% de los casos. La luxación púbica implica abducción, extensión y rotación externa de la cadera, mientras que la de tipo obturador también involucra abducción, flexión y rotación externa,⁴ tal como le ocurrió a nuestro paciente.

Se han publicado pocos estudios sobre este cuadro, debido a su carácter muy infrecuente. El estudio más grande llevado a cabo por Wojahn y cols. incluyó a 32 pacientes con luxación anterior de cadera. Solo el 22% eran luxaciones simples. Los autores concluyeron en que las luxaciones ilíacas se asocian, más a menudo, con fracturas y tienen una mayor probabilidad de requerir un manejo quirúrgico que las luxaciones obturadoras. De los 16 pacientes seguidos durante un mínimo de 18 meses, solo uno requirió la conversión a artroplastia, mientras que los otros 15 tuvieron resultados favorables con un *Harris Hip Score* modificado >90 .⁵

La luxación traumática de cadera se considera una emergencia médica, ya que el manejo tardío aumenta el riesgo de complicaciones, como necrosis avascular de la cabeza femoral, lesiones neurovasculares y osteoartritis postraumática.⁶ En un metanálisis de Ghalib y cols., se halló una diferencia significativa en la ocurrencia de osteonecrosis en pacientes tratados en las primeras 6 h después de la lesión. De manera similar, en otro metanálisis de Kellam y Ostrum, el manejo demorado más allá de las 12 h aumentó 5,6 veces el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral.⁷ En nuestro caso, la reducción se realizó 8 h después del ingreso en el servicio de urgencias, debido a intentos fallidos de sedación y la posterior programación para una reducción cerrada quirúrgica.

Luego de la reducción, se recomienda realizar una tomografía computarizada para descartar fracturas o lesiones asociadas que puedan requerir una cirugía.⁸ Es común que fragmentos condrales y osteocondrales permanezcan en su lugar tras la reducción, lo que puede no ser visible en las radiografías. Por lo tanto, siempre se debe solicitar una tomografía computarizada tras la reducción para asegurar una evaluación adecuada, ya que estos fragmentos pueden causar una subluxación persistente.^{8,9} En nuestro paciente, la tomografía computarizada mostró una cadera congruente sin fracturas ni lesiones. El paciente recibió el alta una vez que mejoró el dolor.

Se aconseja una rehabilitación temprana para prevenir complicaciones. Se recomienda la carga parcial de peso con muletas, y aumentar gradualmente la carga de peso según la tolerancia y restringir los movimientos a ángulos específicos hasta que el dolor y el espasmo muscular permitan un mayor rango de movilidad.¹⁰

Nuestro paciente recibió el alta siguiendo estas recomendaciones y se presentó para una consulta de control a las 2 semanas. Refirió dolor en la parte anterior del muslo debido a una contusión en los tejidos blandos. Toleró la carga de peso con muletas y mantuvo una flexión preservada de hasta 100°, con movimientos limitados de extensión de cadera y rotación interna y externa debido al dolor en los tejidos blandos.

En el control de los 6 meses, estaba en buenas condiciones generales, y no tenía limitaciones ni dolor para la marcha. En el examen físico, se identificó dolor para la flexión completa de la cadera sin limitación en este arco de movilidad, y dolor y limitación para la abducción completa, por lo que se decidió solicitar una artroresonancia de cadera izquierda para descartar complicaciones.

En un estudio de resultados a largo plazo llevado a cabo por Şahin y cols., se evaluó a 62 pacientes, de los cuales 57 tenían luxaciones posteriores y cinco, luxaciones anteriores. Cincuenta se habían sometido a una reducción cerrada, mientras que el resto, a una reducción abierta. Se permitió la carga parcial de peso con muletas durante la recuperación, situación similar a la de nuestro caso, con carga completa entre las 2 y 10 semanas, según la tolerancia. El seguimiento clínico e imagenológico se extendió por 14 años, y reveló que el 71% de los pacientes logró buenos resultados, mientras que el 25% desarrolló osteoartritis u osteonecrosis. Las conclusiones del estudio fueron que el factor principal que contribuye a las complicaciones es el tiempo transcurrido hasta la reducción.¹⁰

La luxación traumática anteroinferior de cadera representa una entidad clínica infrecuente dentro del espectro de luxaciones articulares, tiene una incidencia mucho menor que las luxaciones posteriores. A pesar de su baja frecuencia, su reconocimiento temprano y el manejo oportuno son fundamentales para evitar complicaciones graves, como la necrosis avascular de la cabeza femoral y la artrosis postraumática.

Este caso muestra que, aunque la reducción cerrada es el tratamiento de elección, pueden ser necesarias intervenciones en el quirófano ante fallos iniciales, particularmente cuando hay interposición de tejidos blandos. Además, el uso sistemático de la tomografía computarizada después de la reducción es esencial para descartar fragmentos intrarticulares que podrían pasar inadvertidos en la radiografía convencional. El seguimiento clínico prolongado, junto con un plan de rehabilitación progresiva, permite identificar complicaciones tardías y orientar el manejo funcional. En la literatura médica revisada, hay coincidencia en que el tiempo hasta la reducción es el principal factor pronóstico, por lo que todo el personal médico debe estar sensibilizado frente a esta urgencia ortopédica, incluso en sus formas atípicas, como la luxación anteroinferior.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de R. Londoño García: <https://orcid.org/0000-0002-6568-9166>
ORCID de C. González: <https://orcid.org/0009-0001-6677-4223>

ORCID de M. Á. Cano: <https://orcid.org/0009-0002-9832-2085>

BIBLIOGRAFÍA

1. Şahin V, Karakaş ES, Aksu S, Atlıhan D, Turk CY, Halici M. Traumatic dislocation and fracture-dislocation of the hip: a long-term follow-up study. *J Trauma* 2003;54(3):520-9. <https://doi.org/10.1097/01.TA.0000020394.32496.52>
2. Obakponovwe O, Morell D, Ahmad M, Nunn T, Giannoudis PV. Traumatic hip dislocation. *Orthop Trauma* 2011;25(3):214-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmorth.2011.04.006>

3. Mandell JC, Marshall RA, Weaver MJ, Harris MB, Sodickson AD, Khurana B. Traumatic hip dislocation: What the orthopedic surgeon wants to know. *RadioGraphics* 2017;37(7):2181-201. <https://doi.org/10.1148/rg.2017170012>
4. Dawson-Amoah K, Raszewski J, Duplantier N, Waddell BS. Dislocation of the hip: A review of types, causes, and treatment. *Ochsner J* 2018;18(3):242-52. <https://doi.org/10.31486/toj.17.0079>
5. Wojahn RD, Kleweno CP, Agel J, Githens MF. Anterior hip dislocation: Characterization of a rare injury and predictors of functional outcome. *Injury* 2021;52(8):2327-32. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.03.007>
6. Deakin D, Porter K. Traumatic hip dislocation in adults. *Trauma* 2009;11(3):189-97. <https://doi.org/10.1177/1460408609340829>
7. Kellam P, Ostrum RF. Systematic review and meta-analysis of avascular necrosis and posttraumatic arthritis after traumatic hip dislocation. *J Orthop Trauma* 2016;30(1):10-6. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000419>
8. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1973;(92):116-42. <https://doi.org/10.1097/00003086-197305000-00011>
9. Brooks RA, Ribbans WJ. Diagnosis and imaging studies of traumatic hip dislocations in the adult. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(377):15-23. <https://doi.org/10.1097/00003086-200008000-00005>
10. Pallia CS, Scott RE, Chao DJ. Traumatic hip dislocation in athletes. *Curr Sports Med Rep* 2002;1(6):338-45. <https://doi.org/10.1249/00149619-200212000-00007>