

FRACTURA-LUXACIÓN DE CADERA Y EL RETO DE LA OSTEOSÍNTESIS: TIMING Y TÉCNICA MARCAN LA DIFERENCIA

Alfaro Garijo, M. López Ballesteros, M. Moral Gámez, JA. López Pulido, MJ. Dussan Arango, DM.

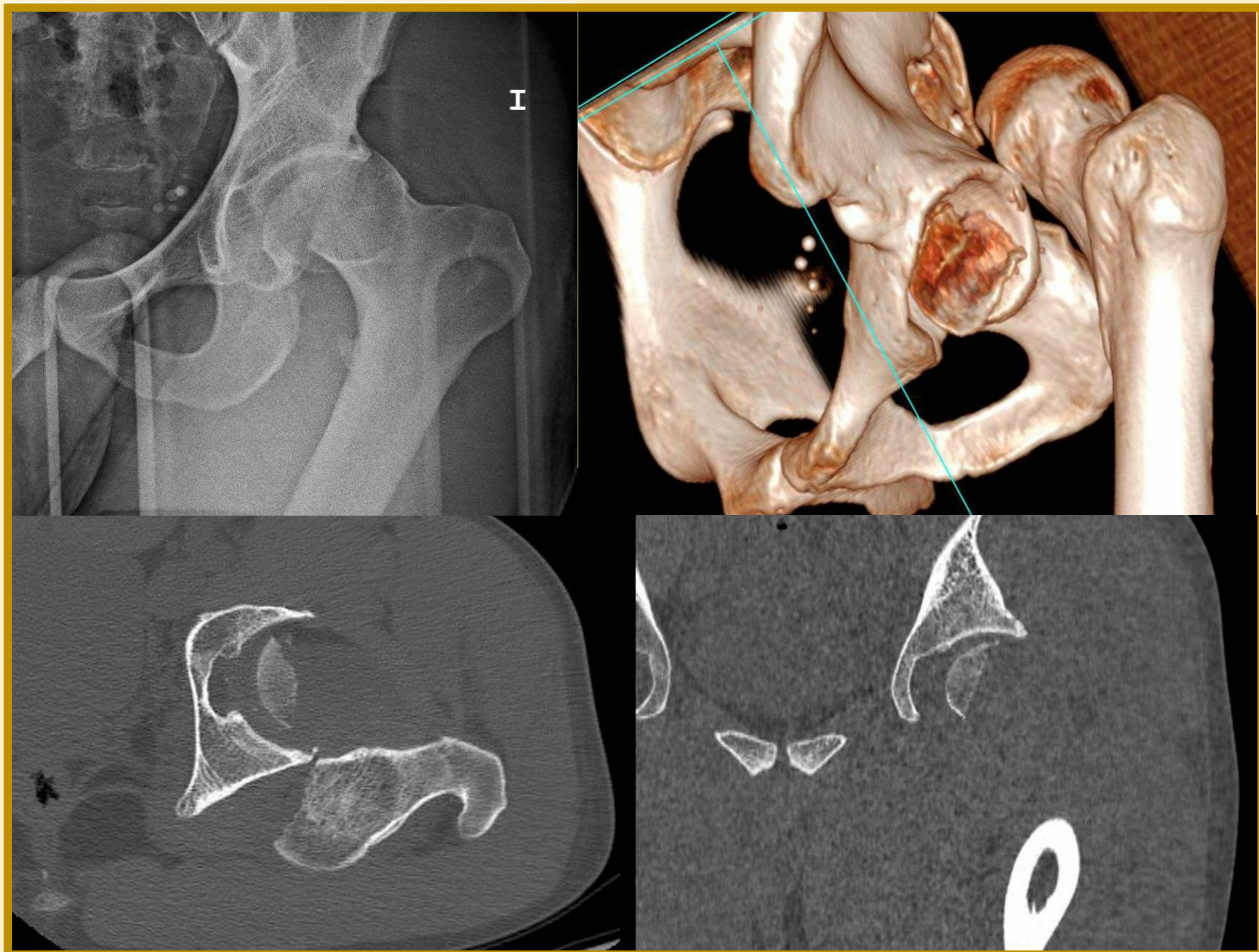
INTRODUCCIÓN

La fractura de cabeza femoral es una lesión infrecuente que suele asociarse a luxaciones coxofemorales tras impactos de alta energía. El diagnóstico precoz y la reducción urgente son esenciales para un resultado satisfactorio

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 35 años que tras accidente de bicicleta sufre dolor e impotencia funcional de cadera izquierda. A la exploración el paciente presenta miembro inferior acortado, en flexo de cadera y rotación interna (**actitud de bañista sorprendido**) y estado neurovascular distal conservado.

Se le realiza a su llegada una radiografía simple de pelvis, observando una fractura-luxación posterior de cabeza femoral. Ante los hallazgos, se realiza TC de la pelvis, encontrando: **FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE CABEZA FEMORAL PIPKIN II**, describiéndose dos fragmentos anteromediales de la cabeza femoral.

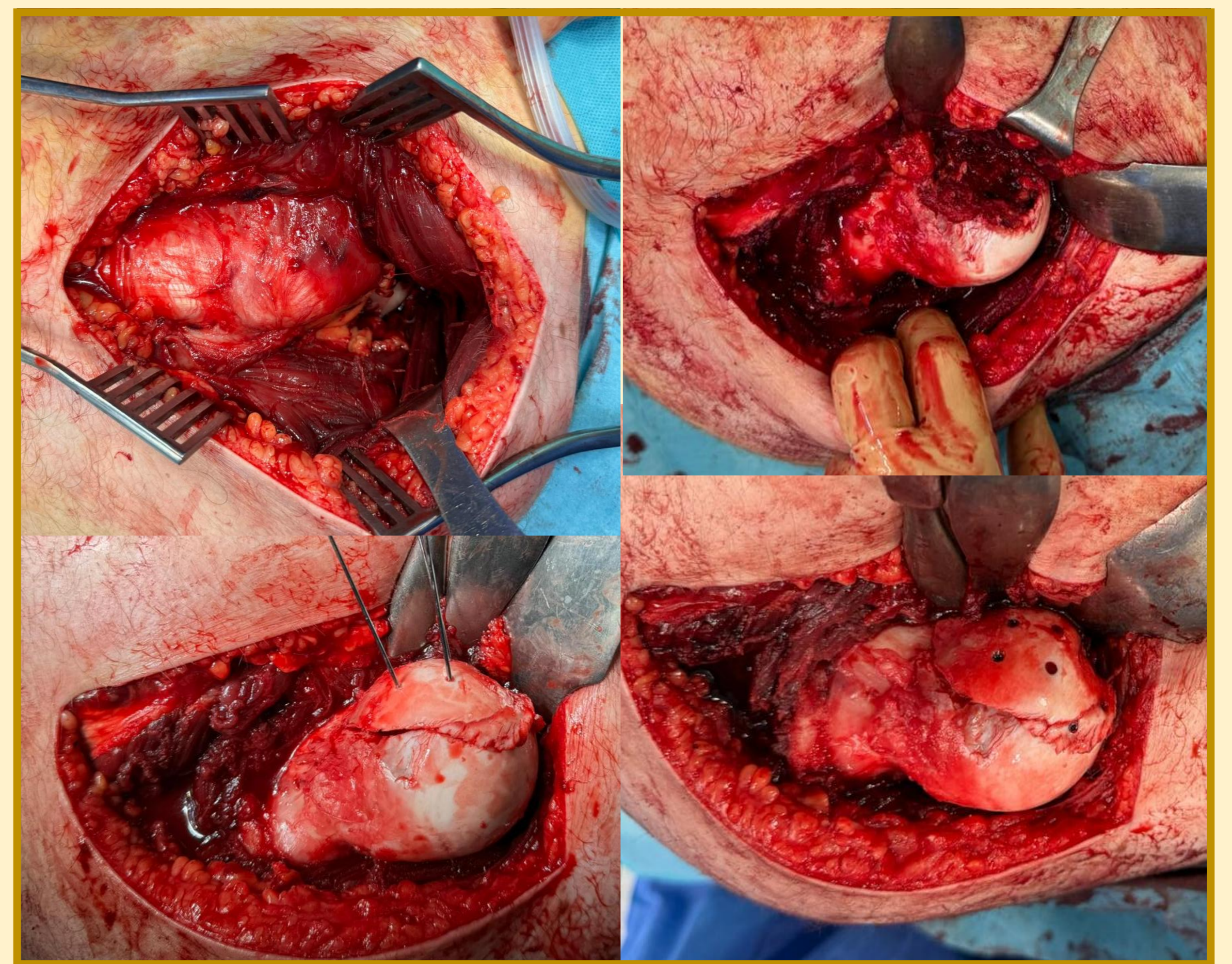


Ante los hallazgos, se opta por un intento de reducción cerrada bajo sedación y control fluoroscópico para manejo urgente. No se consigue reducción cerrada, por lo que se convierte en necesaria una reducción abierta urgente.

OBJETIVO

Presentar y contextualizar mediante revisión bibliográfica el caso de un paciente que sufre fractura-luxación de cabeza femoral Pipkin II al que se le realiza una reducción abierta con fijación interna de manera urgente.

Se decide tratamiento definitivo urgente mediante la reducción abierta y osteosíntesis de los fragmentos de la cabeza femoral.



Se elige el **abordaje anterolateral de Hardinge** a través de glúteo medio y menor procurando la máxima preservación de la vascularización de la cabeza femoral y se luxa ésta por vía anterior.

Se extraen y sintetizan los dos fragmentos que se hallan en el cotilo sin anclaje de partes blandas empleando 4 tornillos sin cabeza de 3,5mm para el fragmento mayor y 2 de 2,5mm para el menor. Se reduce la articulación bajo control fluoroscópico intraoperatorio. Se realiza TC postoperatorio.

RESULTADOS

En las fracturas-luxación Pipkin II en pacientes jóvenes **se recomienda un intento único de reducción cerrada y posteriormente se debe intervenir de manera urgente** mediante reducción abierta con osteosíntesis de la cabeza femoral. Se prefiere la **vía de abordaje anterior frente a la posterior** pues preserva mejor la vascularización de la cabeza femoral a expensas de la arteria circunfleja medial femoral, respetando la vía superolateral de la cápsula articular, minimizando el riesgo de osteonecrosis.

Tras la cirugía se prohibió la carga de la extremidad 6 semanas, permitiendo la flexión hasta 90° de la cadera. Después se inicia carga progresivamente. A los 6 meses, el paciente preserva la movilidad completa de la cadera sin dolor, incorporándose a su actividad laboral.

CONCLUSIÓN

Ante una fractura-luxación Pipkin II en pacientes jóvenes, es preciso un diagnóstico precoz y una reducción abierta y síntesis temprana de los fragmentos, idealmente en las primeras 6 horas para minimizar el riesgo de osteonecrosis.

