

Enfoque terapéutico en lesiones Pipkin tipo IV

Miguel Galdames Pérez ; Felipe Piedra Rodrigo; Beatriz Soler Vasco

Material y métodos

Paciente de 52 años que sufre caída desde 2 metros de altura presentando dolor en cadera derecha y ambos hombros. A la exploración se aprecia deformidad en charretera bilateral así como acortamiento, aducción y rotación interna de miembro inferior izquierdo. Radiográficamente se aprecia luxación glenohumeral bilateral y luxación posterior de cadera derecha. En TAC se evidencia fractura de techo acetabular con desplazamiento posterior de la ceja cotiloidea junto a fractura de cabeza femoral con fragmento intraarticular (lesión Pipkin tipo IV).

Se reducen las luxaciones de hombro, la de cadera y se coloca una tracción transesquelética.

A la semana se intervienen las fracturas mediante un abordaje de Kocher-Langebeck, asociado a una osteotomía de trocánter mayor para realizar una luxación segura de cadera.

Se fija la fractura de cabeza femoral con 3 tornillos troncocónicos sin cabeza, la fractura del techo acetabular y ceja posterior con placa LCP y la osteotomía con 3 tornillos de rosca completa.



Resultado

Manteniéndose en descarga por 2 meses, se autorizan ejercicios de movilidad pasiva e isométricos. El paciente presenta dolor parcialmente controlado con la sedestación que cede a partir del tercer mes, momento en el que se evidencia consolidación de las fracturas y la osteotomía.

Tras 2 años de la lesión inicial no se observan signos radiográficos de artrosis ni de necrosis avascular (NAV) y el paciente se ha reincorporado a su trabajo.



Conclusión

La clasificación de Pipkin (1957) organiza las fracturas de cabeza femoral en función de su trazo y/o lesiones asociadas, siendo la tipo IV la que incluye fracturas acetabulares.

En cuanto al tratamiento es importante determinar el tamaño y localización de la fractura así como el posible desprendimiento intraarticular del fragmento.

Debido al patrón de fractura, las lesiones Pipkin IV pueden ser tratadas mediante luxación segura de cadera mediante abordaje posterior para poder sintetizar la fractura acetabular. Aunque la NAV es una complicación frecuente en estas lesiones que obliga a la prototización precoz, el tratamiento de preservación articular puede ser una opción satisfactoria con la técnica quirúrgica adecuada.