

FRACTURA-LUXACIÓN DE LA CABEZA FEMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba

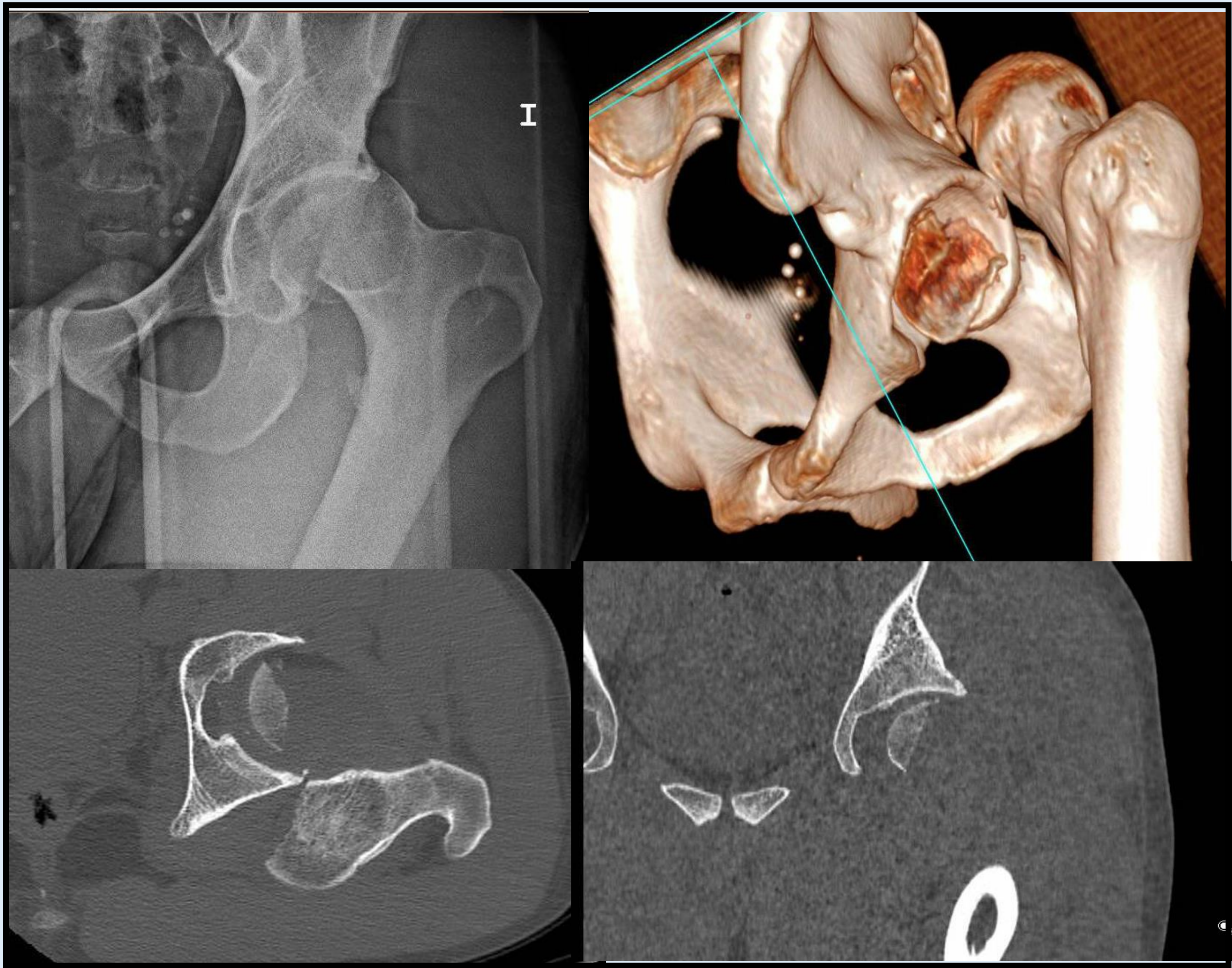
Alfaro Garijo, M. López Pulido, MJ. Dussan Arango, DM. Camacho Sánchez, MR.

OBJETIVO

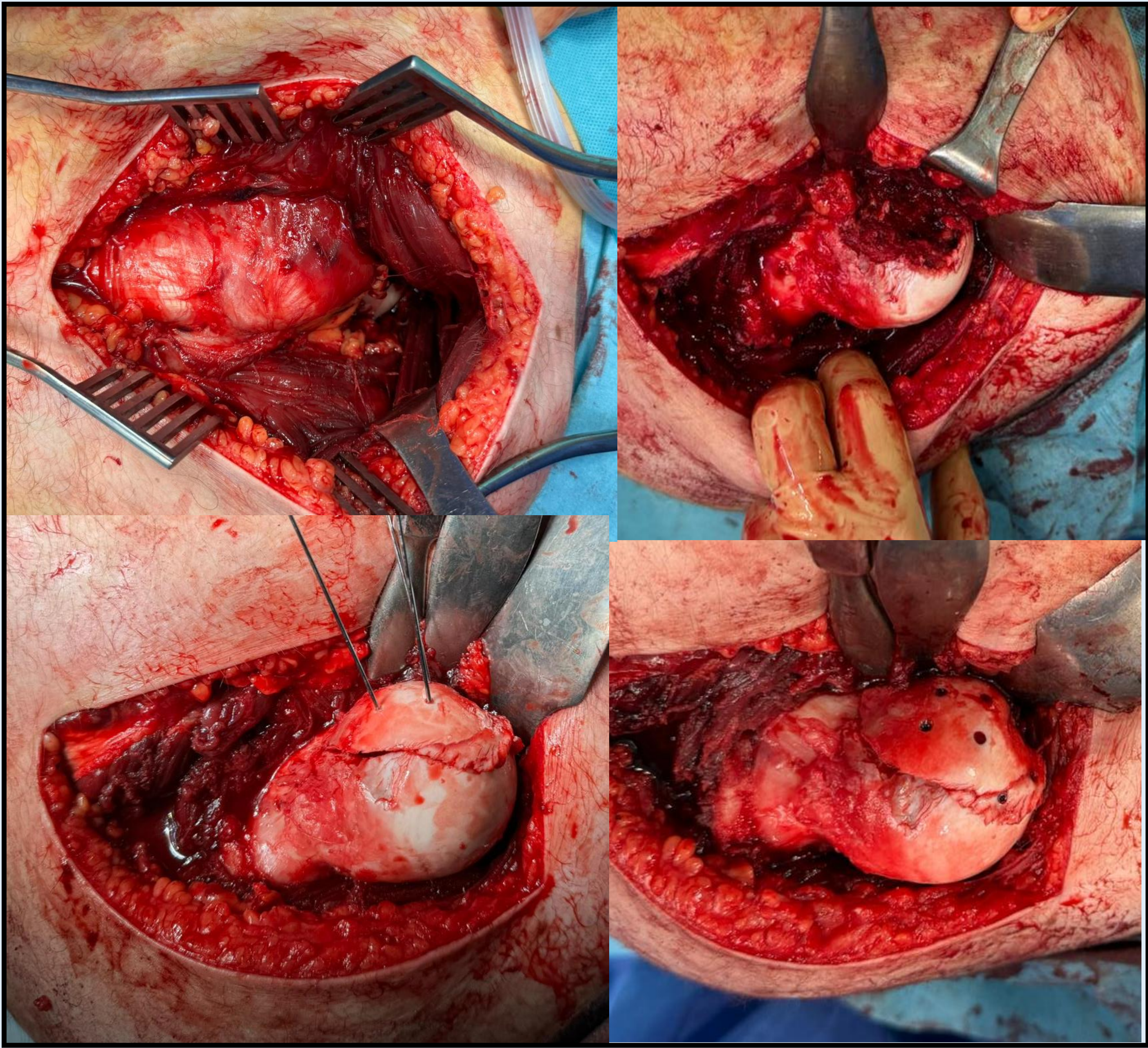
Presentar y contextualizar mediante revisión bibliográfica el caso de un paciente que sufre fractura-luxación de cabeza femoral Pipkin II al que se le realiza una reducción abierta con fijación interna de manera urgente.

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 le realiza TC de la pelvis, encontrando: FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE CABEZA FEMORAL PIPKIN II, describiéndose dos fragmentos anteromediales de la cabeza femoral.



Finalmente 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. 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 90º 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.

