

Fractura-luxación central acetabular con migración intrapélvica de la cabeza femoral fracturada a nivel basicervical

M. Hidalgo-Pérez^a, J. Garcés-Castillo^b y M. Moleón-Camacho^b

^aServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal Don Benito-Villanueva. Badajoz. España. ^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Se presenta un caso de fractura-luxación central acetabular con migración intrapélvica de la cabeza femoral que se encontraba fracturada a nivel basicervical. Esta asociación es poco frecuente afortunadamente. Existen pocos casos descritos en la literatura; suelen acompañarse de fracturas complejas de pelvis. El tratamiento consistió en la extracción de la cabeza femoral, la reconstrucción de la pared acetabular y la colocación de una prótesis total de cadera. La reconstrucción acetabular se realizó aprovechando los restos de la cabeza femoral. El resultado final tras 4 años de seguimiento se considera excelente.

Palabras clave: *fractura central acetábulo, luxación intrapélvica, fractura-luxación central.*

Central acetabular fracture-dislocation with intra-pelvic migration of the fractured femoral head at the basicervical level

This is a case of a central acetabular fracture-dislocation with intrapelvic migration of the femoral head, which was fractured at the basicervical level. This is an infrequent combination of which very few cases are described in the literature. The ones that exist are often accompanied by complex pelvic fractures. In our case, treatment involved the extraction of the femoral head, the reconstruction of the acetabular wall and the implantation of a total hip prosthesis. For the acetabular reconstruction, fragments of the fractured femoral head were used. The final result after 4 years' follow-up is deemed excellent.

Key words: *central acetabular fracture, intrapelvic dislocation, central fracture-dislocation.*

La fractura-luxación central acetabular asociada con fractura ipsilateral de la cabeza femoral y posterior migración intrapélvica de ésta es un fenómeno extraordinario, estando descritos pocos casos en la literatura. Moore fue el primero en describirla en 1851. Stewart y Milford clasificaron las luxaciones centrales acetabulares en 1954, y definieron la luxación central tipo IV como una luxación con fractura asociada de la cabeza o del cuello femoral, aportando un solo caso de este tipo de una extensa serie¹.

Meinhard et al publican un caso de similares características al nuestro en 1987, pero lo resuelven de otra forma,

como veremos más adelante². Mestdagh et al publican otro caso parecido en 1991⁵.

Se trata de una gravísima lesión articular que se suele asociar a fracturas complejas de anillo pélvico, tanto de la cúpula como de las columnas anterior y posterior³.

Al existir una grave lesión articular, tanto en el cotilo como en la cabeza, consideramos que el tratamiento recomendado es la reconstrucción del transverso acetabular unido a una artroplastia total de cadera. Otros autores opinan de la misma forma^{3,5}.

CASO CLÍNICO

Presentamos un paciente varón de 56 años de edad que sufre síncope de origen cardiogénico acompañado de pérdida de conocimiento, cayendo al suelo. Al ingreso el paciente se mantiene consciente, estable hemodinámicamente y orientado. Refiere dolor abdominal y en cadera derecha pre-

Correspondencia:

M. Hidalgo Pérez.
C/ Mártires, 2.
06440 Malpartida de la Serena. Badajoz.
Correo electrónico:

Recibido: julio 2004.
Aceptado: octubre 2004.

sentando acortamiento y deformidad en rotación externa del miembro inferior derecho sin presentar déficit neurológico ni vascular. La exploración abdominal y genitourinaria es normal. El resto de la exploración es normal.

En la radiografía anteroposterior (Rx AP) (fig. 1) se puede apreciar la fractura basicervical de fémur y la migración intrapélvica de la cabeza femoral. La imagen de la tomografía computarizada (TC) (fig. 2) nos muestra la fractura-luxación central de cotilo y donde queda alojada la cabeza del fémur. Se puede observar cómo desplaza las vísceras intrapélvicas de su línea media.

Tras 4 días de observación del paciente, habiendo descartado una lesión visceral intrapélvica y cualquier otra complicación cardiológica, se planificó la cirugía.

Bajo anestesia general, a través de una vía de abordaje lateral de Hardinger, se extrajo en primer lugar la cabeza del fémur de su localización intrapélvica, comprobándose

una gran destrucción de la superficie articular. Se talló una rodaja de hueso del diámetro mayor de la cabeza femoral para reconstruir el fondo del cotilo. El resto de la cabeza se trituró para utilizarla como injerto compactado junto a la «galleta» ósea, logrando una buena cobertura ósea y estructural. En segundo lugar se colocó un cotilo de revisión tipo «Bat-Cup» de 56 mm de diámetro con una pestaña en T y dos tornillos en el techo del cotilo y otra pestaña en gancho en la pared posterior completando la reconstrucción acetabular y logrando una excelente fijación primaria. Los restos de cabeza femoral se utilizaron como injerto triturado e impactado en el lecho de la cúpula acetabular. Se utilizó un polietileno de bajo perfil y un vástago «Basic» número 14 con cuello largo no cementado *press-fit*. La fractura de trocánter mayor se estabilizó con cables de Dall-Milles.

La intervención duró dos horas y 45 minutos precisando la infusión de tres bolsas de concentrados de hemátis intraoperatorios.

En el postoperatorio inmediato precisó otras dos bolsas. A los 9 días se sentó en el sillón y a los 12 días fue dado de alta hospitalaria iniciando carga parcial con dos bastones.

En el control de Rx AP al año (fig. 3) se puede apreciar cómo el injerto se ha integrado perfectamente y el buen aspecto que presenta el implante. El resultado funcional ha sido excelente, sin haber presentado el paciente ningún tipo de complicación tras el seguimiento de 4 años.



Figura 1. Radiografía anteroposterior donde se aprecia la fractura basicervical de fémur y la luxación central acetabular.



Figura 2. Imagen de tomografía computarizada donde se aprecia la fractura-luxación central acetabular y donde queda alojada la cabeza del fémur.

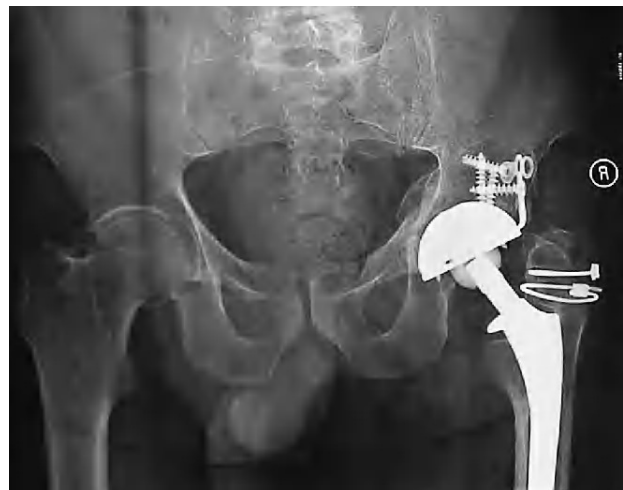


Figura 3. Control radiológico anteroposterior al año, donde se aprecia el buen aspecto del implante y la integración del injerto

Hay que tener en cuenta que si la superficie articular del cotilo está destruida la superficie articular de la cabeza femoral también suele estarlo, como consecuencia del fuerte impacto. Consideramos que lo ideal es realizar la cirugía reconstructiva en un solo tiempo quirúrgico. Por lo tanto, se debe disponer de hueso de banco por si fuera necesario. También se debe planificar meticulosamente la reconstrucción protésica del acetábulo contando con el material necesario. No somos partidarios de realizar la reconstrucción en dos tiempos, como hacen otros autores¹.

Meinhard et al², en un caso de similares características, realizaron osteosíntesis de la cabeza con 4 tornillos tipo «Kadar» más injerto vascularizado para prevenir la necrosis. A los dos años no existía necrosis, pero sí una coxartrosis postraumática importante y clínicamente manifiesta. La destrucción importante del cartílago articular, tanto en la cabeza como en el cotilo, unido a las cargas que tiene que soportar esta articulación, explican la evolución galopante hacia la artrosis en la mayoría de estas fracturas.

Mestdagh et al⁵ tratan un caso de similares características con artroplastia total de cadera tras 3 meses de tracción transesquelética y tras consolidación de la fractura acetabular. En nuestra opinión, la artroplastia total de entrada reporta más beneficios al paciente y evita complicaciones, siempre y cuando no esté contraindicada técnicamente por asociación de otras fracturas (pelvis y sacro).

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Aparicio A, de la Torre García M. Fractura central acetabular asociada a fractura ipsilateral del cuello femoral con migración intrapélvica de la cabeza femoral. *Rev Ortop Traumatol.* 2001;3:228-30.
2. Meinhard B, Misoul C, Joy D, Ghillani R. Central Acetabular Fracture with Ipsilateral Femoral-Neck Fracture and Intrapelvic Dislocation of the Femoral Head without Major Pelvic-Column Disruption. *J Bone Joint Surg Am.* 1987;69A:612-5.
3. Liebergall M, Lowe J, Whitelaw GP, Wetzler MJ, Segal D. The floating hip. Ipsilateral pelvic and femoral fractures. *J Bone Joint Surg Br.* 1992;74B:93-100.
4. Cots Pons M, Casas Sabater J, Rodríguez Miralles J, Rossignani P. Luxación Posterior de la cadera asociada a fractura del cotilo y fractura parcelar de la cabeza femoral. *Rev Ortop Traumatol.* 1997;41:398-402.
5. Mestdagh H, Butruille Y, Vigier Ph. Central Fracture-Dislocation of the Hip with Ipsilateral Femoral Neck Fracture: Case Report. *J Trauma.* 1991;13:1445-7.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.