

Fracturas acetabulares. El reto técnico

La diferencia conceptual entre las fracturas acetabulares y pélvicas, ambas en un mismo hueso, está justificada por la problemática distinta que muestran.

Los traumatismos pélvicos manifiestan una gravedad vital aguda con secuelas a largo plazo de difícil solución, mientras que los acetabulares pocas veces amenazan por sí mismos la vida, y sus secuelas, generalmente, pueden tratarse, aunque con dificultad, en el peor de los casos, mediante una artroplastia. Por otra parte, cabe decir que rara vez no se pueden reducir, aunque con cirugía compleja, una fractura pélvica de forma que quede la pelvis equilibrada, mientras que en muchas ocasiones las características de la fractura acetabular, con lesión de cartílago acetabular y de la cabeza del fémur hacen que la reducción sea imposible. Esto sitúa a las fracturas pélvicas como un reto en la toma de decisiones por salvar la vida, frente a las acetabulares donde el reto es salvar la función.

Actualmente, cabe decir que, en la mayoría de los casos, una fractura acetabular desplazada, y también una pélvica, deben obtener un buen resultado cuando se reducen precozmente de forma anatómica. Sin embargo, en el curso clínico de los fracturados aparecen variables que condicionan el que no siempre se pueda conseguir este objetivo.

En la valoración clínica y radiográfica inicial se aprecia que muchos de los pacientes con una fractura acetabular, hasta el 25%, presentan fragmentos impactados, abrasiones articulares y complicaciones de alguna parte de los segmentos óseos que ensombrecen el pronóstico. Además, en el 30% de las fracturas acetabulares la reducción anatómica es imposible¹ y el momento de la cirugía no siempre es el óptimo.

Junto a estas variables que afectan al resultado final aparecen otras en el estrato de pacientes seleccionados ya para cirugía. El estudio epidemiológico de la serie de Oxford es concluyente: el 82% de los pacientes en los que se indica tratamiento quirúrgico de una fractura acetabular presenta una lesión de otro sistema anatómico, el 23% tiene una lesión del nervio ciático en su llegada al hospital, el 47% una complicación postoperatoria aunque no afecte al pronóstico en la mayoría de ellos, y por último, se reinterviene al 5%. En esta serie se encontraron como factores que pronostican un peor resultado de las fracturas acetabulares la demora de la cirugía, el fracaso para adquirir o mantener la reducción y el daño de la cabeza femoral². En nuestro país, en la serie de Cano et al, las lesiones asociadas llegaron al 60% de los casos, con un 95% de fracturas en el curso de traumatismos de alta energía³.

Igualmente, la edad es una de las variables que parece ensombrecer el pronóstico. Mears et al, en un estudio sobre 424 fracturas acetabulares operadas antes de tres semanas del accidente, observaron, con un seguimiento medio cercano a los 10 años, que el resultado se iba deteriorando conforme la edad era más avanzada¹. Con el aumento de la población mayor que acentúa este hecho es necesario retomar el papel de las alternativas no quirúrgicas, la reducción abierta limitada o la artroplastia total aguda, sobre todo cuando aparecen otras variables, como por ejemplo la obesidad, que también condicionan un mal resultado⁴. A pesar de lo dicho el tratamiento conservador ofrece resultados muy pobres; Fernández et al concluyen, tras observar que el grado de desplazamiento se asocia con un mal resultado, que el tratamiento conservador debe aplicarse a fracturas que por el estado del paciente, el tipo de fractura o la calidad del hueso no permitan una osteosíntesis, a pesar de que actualmente no exista, como recuerdan los autores, ningún estudio prospectivo aleatorizado acerca de cuál es el mejor método de tratamiento para las fracturas de codo⁵.

La valoración de resultados con criterios tomados de la moderna epidemiología clínica es una asignatura pendiente en las fracturas pélvicas y también lo es en las acetabulares. La calidad de la marcha también aquí debe ser uno de los indicadores objetivos del resultado final. Muchas fracturas se deben resolver mediante un abordaje ilioinguinal o combinado con otro posterior de Kocher-Langenbeck y la falta de dominio de todas las vías de acceso quirúrgicas necesarias para la disección, reducción y osteosíntesis de las fracturas acetabulares, así como de la toma de decisiones preoperatorias hace que volvamos a realizar una llamada a la prudencia ante la audacia y el reto quirúrgico, consustanciales a cualquier cirujano. Las fracturas acetabulares sólo deben tratarse por manos experimentadas; con ello la valoración de los resultados perderá el sesgo ante la estratificación del tipo de cirujano.

E. Guerado

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Costa del Sol. Universidad de Málaga. Marbella. Málaga

BIBLIOGRAFÍA

1. Mears DC, Velyvis JH, Chang CP. Displaced acetabular fractures managed operatively: indicators of outcome. *Clin Orthop*. 2003;407:173-86.
2. Deo SD, Tavares SP, Pandey RK, El-Saied G, Willet KM, Worlock PH. Operative management of acetabular fractures in Oxford. *Injury*. 2001;32:581-6.
3. Cano-Luis P, Marcos-Morales F, Ricón-Recarey J, Lisón Torres A. Resultados del tratamiento quirúrgico de las fracturas del acetábulo. *Rev Ortop Traumatol*. 2006;50:100-10.
4. Russell GV Jr, Nork SE, Chip Routt ML Jr. Perioperative complications associated with operative treatment of acetabular fractures. *J Trauma*. 2001;51:1098-103.
5. Fernández-Fernández R, Foruria de Diego A, Peleteiro-Pensado M, Gil-Garay E. Resultados del tratamiento conservador de las fracturas de cotilo. *Rev Ortop Traumatol*. 2006;50:111-6.