

Luxación central con migración intrapélvica de cabeza femoral asociada a fractura acetabular en T: reporte de caso

Sebastián Rodríguez Hernández ^a, Leydy Lorena Portilla Erazo ^b, Josp Christopher Loaiza Perlaza ^c, Javier Hernando Bonilla Africano ^d, Carlos William Mosquera Mosquera ^e

- a. Médico. Especialista en Epidemiología. Integrante de Steward Colombia, Clínica los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1315-9694>
- b. Médica. Integrante de Steward Colombia, Clínica los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1873-3616>
- c. Médico. Integrante de Steward Colombia, Clínica los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2995-5152>
- d. Médico. Especialista en Ortopedia y Traumatología. Integrante de Steward Colombia, Clínica los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7134-5538>
- e. Médico. Especialista en Ortopedia y Traumatología. Integrante de Steward Colombia, Clínica los Nevados. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1494-6321>

[DOI: 10.22517/25395203.25721](https://doi.org/10.22517/25395203.25721)

Resumen

Introducción: dentro de los traumas ortopédicos, las fracturas acetabulares representan entre el 0,3 % y el 6 %. El presente caso describe una fractura acetabular en T, asociada a luxación central con migración intrapélvica de la cabeza femoral.

Presentación del caso: se trata de un paciente de 20 años, víctima de un accidente en motocicleta, quien presentó un trauma a nivel del miembro inferior izquierdo, provocando una fractura tipo T según la clasificación de Judet y Letournel. Inicialmente, se realizó una reducción bajo el enfoque de control de daños, utilizando un fijador externo. Posteriormente, se efectuó la osteosíntesis definitiva de las fracturas acetabulares mediante fijación interna, logrando estabilidad en la articulación.

Conclusión: la atención oportuna y con un enfoque adecuado en estos pacientes influye de manera determinante en el pronóstico a corto y mediano plazo.

Palabras clave: huesos Pélvicos, Fijación Interna de Fracturas, Fracturas Óseas, Fractura-Luxación, Informe de caso. (DeCS)

Introducción

Dentro de los traumas ortopédicos, las fracturas acetabulares representan entre el 0,3 % y el 6 %, siendo la fractura de la columna posterior la más común (1). La distribución por edades está determinada por la cinemática del trauma: los pacientes jóvenes suelen presentar este tipo de fracturas debido a traumas de alta energía, mientras que en los adultos mayores suelen ser resultado de impactos de menor intensidad (2).

En estudios observacionales longitudinales, se ha analizado la incidencia de las fracturas acetabulares, reportándose un 65 % con un patrón simple y un 34 % con un patrón asociado. Entre estos casos, se identificaron un 9 % con fracturas transversales, un 21 % de pared posterior, un 16 % transversales con pared posterior, y un 2 % de fracturas de ambas columnas (3).

En un estudio realizado en la población mexicana, basado en la clasificación de Judet y Letournel (4), la fractura en T representó un 10,9 %. Este estudio también destacó la relación entre la cinemática del trauma y la incidencia, señalando que los choques automovilísticos constituyeron el 41,3 % de los casos, mientras que los accidentes en motocicleta representaron el 10,9 % (5).

Finalmente, se resalta la escasa frecuencia reportada en la literatura de la luxación de cadera asociada a la fractura acetabular en T (6), lo que otorga especial relevancia al presente caso.

Información del paciente

Paciente masculino de 20 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, quien sufrió un accidente de tránsito mientras viajaba como pasajero en una motocicleta. Durante la anamnesis, el paciente refirió pérdida de control de la motocicleta por parte del conductor, lo que ocasionó su caída, con apoyo en el suelo de la extremidad inferior izquierda. Este incidente provocó un trauma significativo en el tobillo, la cadera y el abdomen ipsilateral.

Hallazgos clínicos

Al examen físico, el paciente presentaba signos vitales dentro de los rangos de normalidad y diuresis a través de una sonda vesical con apariencia clara. El miembro inferior izquierdo mostraba acortamiento, rotación externa y una limitación severa de la movilidad debido al dolor en toda la extremidad. Se evidenció una fractura expuesta en el tobillo izquierdo con exposición ósea contaminada de tibia y peroné, acompañada de sangrado escaso. No se observaron alteraciones circulatorias ni de la sensibilidad en la extremidad afectada, y el llenado capilar estaba conservado.

Evaluación diagnóstica

Posteriormente, durante la atención, se evidenció una fractura expuesta de tibia y peroné izquierdos, clasificada como Gustilo y Anderson IIIB (7), junto con una luxación de la cabeza femoral izquierda asociada a una fractura del acetábulo tipo T, de acuerdo con la clasificación de Judet y Letournel (4). Estos hallazgos se ilustran en las figuras 1, 2 y 3.

Figura 1. Radiografía anteroposterior de luxación de cabeza femoral asociada a fractura acetabular en T izquierda.



Figura 2. Tomografía computacional con reconstrucción 3D de pelvis (A) vista anterior y (B) vista posterior, luxación de cabeza femoral asociada a fractura acetabular en T izquierda.

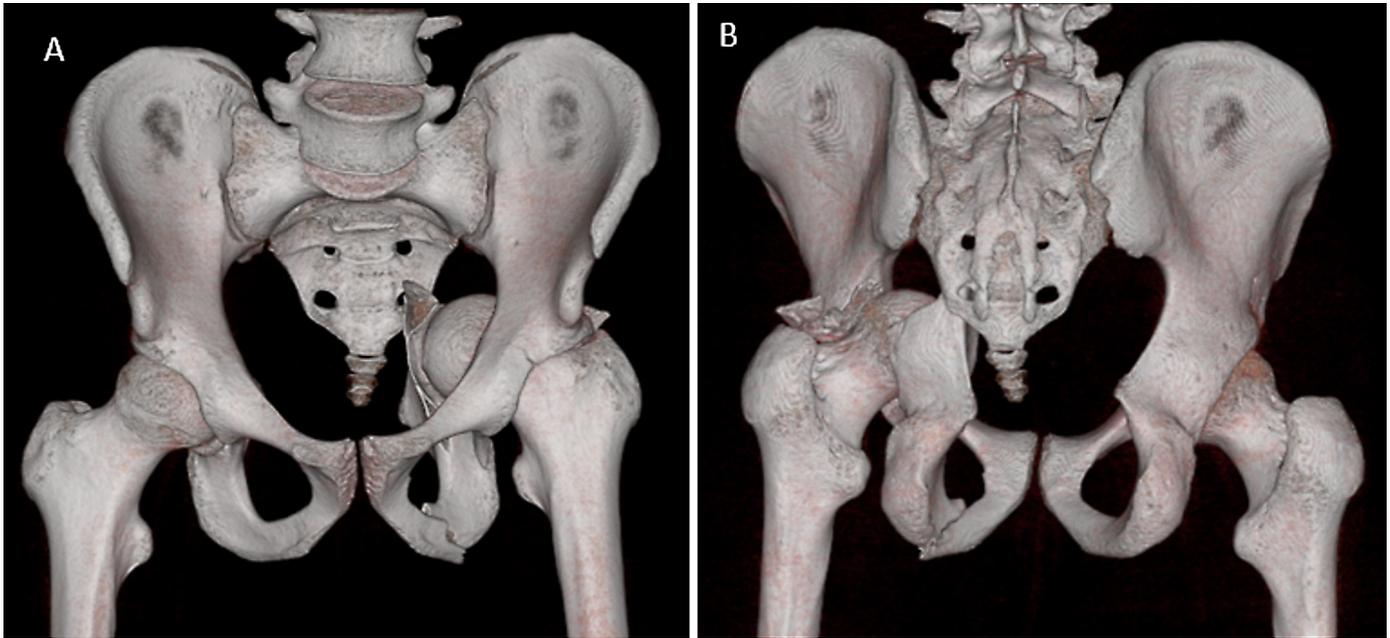
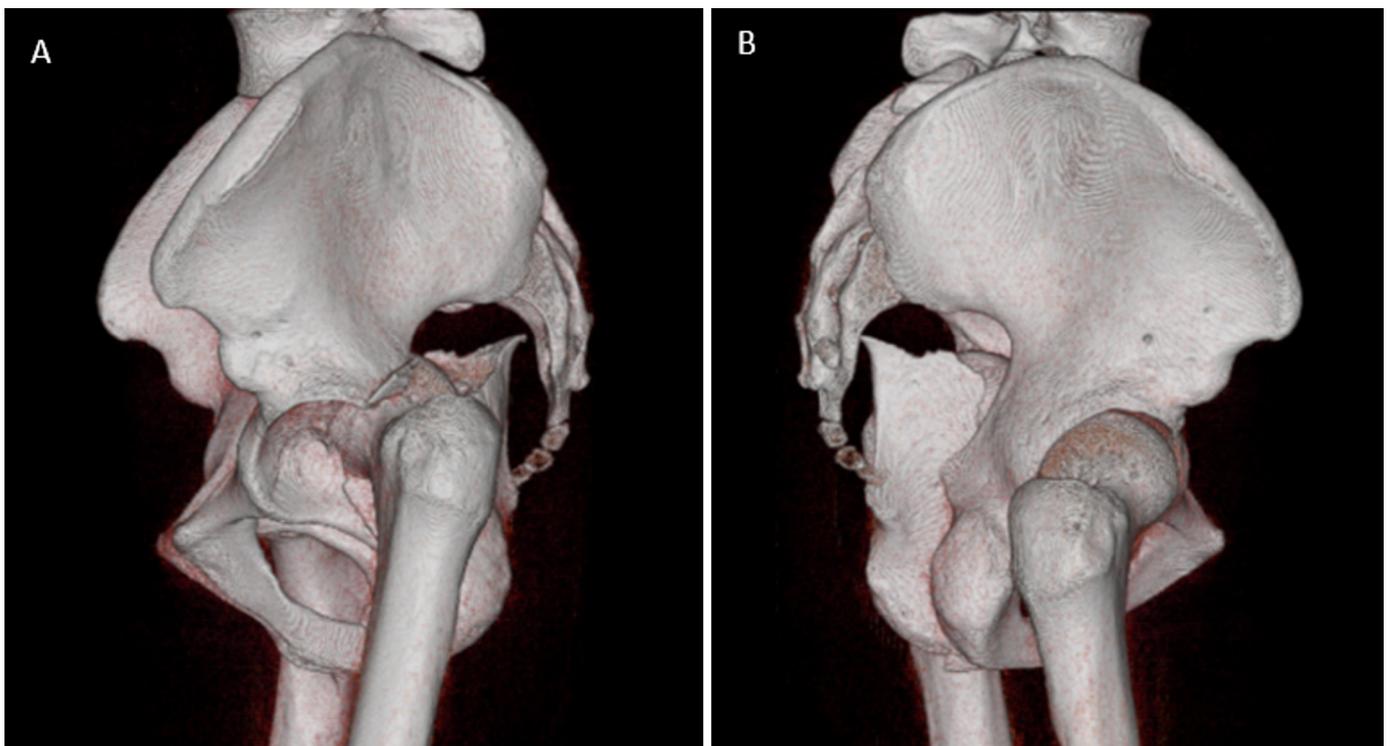


Figura 3. Tomografía computacional con reconstrucción 3D de pelvis (A) vista lateral izquierda y (B) vista lateral derecha, luxación de cabeza femoral asociada a fractura acetabular en T izquierda.



Intervención terapéutica

Por la cinemática del traumatismo de alta energía, el paciente presentaba un alto riesgo de complicaciones debido a la luxación de la cabeza femoral (8), además de una fractura compleja de la pared posterior que podía ocasionar lesión de estructuras intrapélvicas. Se realizó una intervención inicial consistente en una reducción cerrada con colocación de fijador externo para control de daños, como se observa en la radiografía siguiente.

Se aplicó un tutor externo supraacetabular transarticular para estabilizar la reducción. Para ello, se utilizaron dos clavos de Schanz de 200 x 50 mm en el acetábulo y un clavo de Schanz de 200 x 50 mm en el fémur proximal, además de un clavo de Schanz de 180 x 40 mm en el fémur distal. Se colocó una barra de carbono de 150 mm en la cadera, unida con dos rótulas cabezales de tornillo. Adicionalmente, se instaló una segunda barra de carbono de 250 mm, conectada al clavo de Schanz mediante dos rótulas cabezales de tornillo. La reducción logró estabilidad tras la unión de las barras con una rótula barra-barra.

Figura 4. Radiografía anteroposterior, posterior a reducción de luxación de cabeza femoral, asociada a fractura acetabular en T izquierda.



En el segundo tiempo quirúrgico, se programó al paciente para la reducción de las fracturas. Se realizó la extracción completa de los dispositivos implantados en pelvis y fémur.

En la cadera izquierda, se llevó a cabo un abordaje posterior tipo Kocher-Langenbeck (9). Se identificaron lesiones en la cápsula posterior de la cadera y en el ligamento isquiofemoral, además de una luxación central de la cadera. Se colocó un clavo de Schanz a nivel del cuello femoral y se realizó una reducción abierta de la luxación de cadera.

Se identificó una fractura compleja de la pared y la columna posterior, conminuta, desplazada y angulada. Para su tratamiento, se realizaron maniobras de reducción que se mantuvieron con clavos de Kirschner. Posteriormente, se colocaron cuatro tornillos corticales para facilitar la reducción.

Se colocó una placa curva de siete orificios en la pared posterior del acetábulo, fijada con siete tornillos corticales. Adicionalmente, se colocó una placa de seis orificios en la columna posterior, fijada con seis tornillos corticales.

Se llevó a cabo una capsulorrafia y, al identificar lesión del ligamento isquiofemoral, se realizó una ligamentorrafia del mismo. También se observaron lesiones en los rotadores cortos, que fueron reparadas mediante reparación abierta de los tendones de la cadera.

El procedimiento se completó sin complicaciones.

Figura 5. Radiografía anteroposterior, posterior de la reducción de luxación de cabeza femoral y fractura acetabular en T izquierda.



Seguimiento y resultados:

Posteriormente a los procedimientos quirúrgicos, el paciente fue remitido a otra institución por cuestiones administrativas, lo que imposibilitó continuar con el seguimiento del caso.

Discusión

Tal como se ha evidenciado en la literatura, las fracturas de la columna posterior son las más comunes entre las fracturas acetabulares (1). El caso del paciente expuesto no es la excepción; sin embargo, presentó adicionalmente una fractura en la columna posterior no desplazada. Además, la fractura del isquion la clasifica como una fractura compleja de tipo T, según la clasificación de Judet y Letournel (4), la cual es fundamental para la toma de decisiones sobre el abordaje quirúrgico (10). Es importante mencionar que este caso se enmarca en una cinemática de trauma de alta energía (2).

En cuanto al manejo inicial, resulta indispensable atender con urgencia la luxación, dado que podría estar ocasionando daño vascular, lesiones en nervios periféricos o afectaciones articulares, como se ha descrito en otros tipos de luxaciones (11). En este contexto, el control de daños mediante la colocación de un fijador externo es clave para evitar complicaciones secundarias, como la coxartrosis temprana.

En el segundo tiempo quirúrgico, y de acuerdo con la clasificación previamente mencionada, se empleó el abordaje Kocher-Langenbeck (9), el cual permitió un acceso ideal para la reducción de la fractura. Este abordaje facilitó la reducción de la columna posterior, que era la más afectada y desplazada, logrando una fijación efectiva mediante material implantado tanto en la columna como en la pared posterior.

Por último, la mayor limitación de este reporte de caso radica en la falta de seguimiento del paciente debido a complicaciones administrativas.

Conclusión

Se demostró la importancia de un enfoque diagnóstico integral en pacientes politraumatizados por parte del servicio de ortopedia y traumatología. Este enfoque permite definir de manera adecuada las prioridades terapéuticas, considerando que las complicaciones a corto y largo plazo de las fracturas acetabulares pueden incluir desde daños permanentes hasta lesiones de órganos, tendones y/o estructuras vasculares, sin dejar de lado la posibilidad de desarrollar coxartrosis tempranas.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a la Clínica Los Nevados de la ciudad de Pereira y a la familia Steward por su apoyo y el espacio brindado para la investigación.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiación: ninguna.

Correspondencia electrónica: sebas_rodriguez_h@hotmail.com

Referencias

1. Buenaventura GAR, Benito OÁ, Quesada TL, Ramos RAC, Valladares YC. Evaluación del tratamiento quirúrgico en las fracturas de la pared posterior del acetábulo. *Rev Cuba Ortop Traumatol* [Internet]. 2023 abr 18 [citado 2023 oct 31];37(1). Disponible en: <https://revortopedia.sld.cu/index.php/revortopedia/article/view/592>
2. Gautam D, Gupta S, Malhotra R. Total hip arthroplasty in acetabular fractures. *J Clin Orthop Trauma*. 2020 nov 1;11(6):1090-8.
3. Cahueque M, Martínez M, Cobar A, Bregni M. Early reduction of acetabular fractures decreases the risk of post-traumatic hip osteoarthritis? *J Clin Orthop Trauma*. 2017 oct 1;8(4):320-6.
4. Álvarez López A, García Lorenzo Y, Casanova Morote C. Clasificación de las fracturas del acetábulo. *Rev Cuba Ortop Traumatol*. 2006 dic;20(2):0-0.
5. Zyman Corenstein J, Martínez Del Campo Sánchez A, Zyman Corenstein J, Martínez Del Campo Sánchez A. Fracturas de acetábulo en la población mexicana. *Acta Ortopédica Mex*. 2018 oct;32(5):251-6.
6. Hidalgo-Pérez M, Garcés-Castillo J, Moleón-Camacho M. Fractura-luxación central acetabular con migración intrapélvica de la cabeza femoral fracturada a nivel basicervical. *Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol*. 2006 ene 1;50(3):217-9.
7. Gustilo RB, Merkow RL, Templeman D. The management of open fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 1990 feb;72(2):299-304.
8. Morales S, Sosa A, Rey R. Luxación de cadera asociada a fractura del extremo proximal de fémur: Reporte de caso y revisión del tema. *An Fac Med* [Internet]. 2022 jun [citado 2023 nov 6];9(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2301-12542022000101401&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Rommens PM. Abordaje de Kocher-Langenbeck para el tratamiento de las fracturas acetabulares. *Téc Quirúrgicas En Ortop Traumatol*. 2004 jul 1;13(3):120-31.
10. Aleu AC. Traumatología y ortopedia. Miembro inferior. Elsevier Health Sciences; 2022. 554 p.
11. Iribar-Diéguez IK, Lizundia-Izaguirre A, Ramos-García AM. Luxación femorotibial de rodilla: manejo, posibles complicaciones y secuelas. *Rev Clínica Med Fam*. 2023;16(2):128-31.