

# Fractura luxación posterior de cadera asociada a fractura parcelar de la cabeza femoral

## A propósito de un caso

R. FERNÁNDEZ GABARDA, E. FERNÁNDEZ GARCÍA, F. GOMAR SANCHO y T. JOLÍN SÁNCHEZ

*Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Clínico Universitario. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia.*

**Resumen.**—La asociación de luxación posterior traumática de cadera con fractura de la cabeza femoral, es relativamente poco frecuente. Presentamos un varón de 33 años de edad que sufrió un accidente vial con resultado de luxación posterior asociada a fractura de la cabeza femoral craneal a la *fovea centralis* (tipo II de la clasificación de Pipkin). El tratamiento realizado fue una reducción abierta sin osteosíntesis, dentro de las seis primeras horas. A los dos años el paciente camina con mínima claudicación y sin dolor. El último estudio radiográfico realizado no muestra signos de necrosis cefálica. Pensamos que en estas lesiones, cuando la reducción cerrada no es posible, la realización de una reducción abierta puede ser suficiente para la aposición del fragmento sin necesidad de llevar a cabo ninguna osteosíntesis.

### POSTERIOR DISLOCATION OF THE HIP ASSOCIATED TO FEMORAL HEAD MARGINAL FRACTURE. CASE REPORT

**Summary.**—The posterior traumatic dislocation of the hip associated to femoral head fracture is an unfrequent lesion. The present report describe a 33-year-old man who sustained a traffic accident with posterior dislocation of the hip associated to a marginal fracture of the femoral head located craneally to the *fovea centralis* (type two of Pipkin's classification). Open reduction and immobilization was performed. At 2-year follow-up the patient is walking with slight limp and no pain. At this time, radiographic evaluation showed no signs of cephalic necrosis. In this type of traumatic lesions, when closed reduction is unsuccessful, open reduction can be an adequate alternative treatment to reduce the cephalic fragment without any osteosynthesis.

### INTRODUCCIÓN

La fractura de la cabeza de fémur asociada a luxación posterior, es una lesión poco frecuente, aproximadamente 7% (1, 2, 3) de todas las luxaciones posteriores según las distintas series. Los accidentes de tráfico son su causa más común.

Estas lesiones quedan recogidas en la clasificación de Thomas y Epstein (4, 5) como tipo V (luxación posterior de cadera, asociada con fractura de cabeza de fémur). El tipo V de Thomas Epstein

fue dividido por Pipkin (6) en 4 tipos: 1) luxación posterior asociada a fractura de cabeza femoral caudal a la fovea centralis, 2) luxación asociada a fractura de cabeza femoral craneal a la fovea centralis, 3) tipo I ó II de Pipkin asociada a fractura del cuello femoral, 4) tipo I, II ó III de Pipkin asociado a fractura de acetábulo.

Recientemente Hougard y Thomsen (7) dividen en dos grupos a estas lesiones, desde un punto de vista pronóstico:

*Grupo I:* Engloba los tipos I, II y IV de Pipkin, siendo el pronóstico bueno cuando la reducción es satisfactoria y se realiza dentro de las primeras seis horas tras la luxación.

*Grupo II:* Tipo III de Pipkin, que tiene mal pronóstico.

*Correspondencia:*

Dr. R. FERNÁNDEZ GABARDA  
Ciscar, 5  
46005 Valencia



**Figura 1.** En la radiografía anteroposterior de caderas se aprecia una luxación posterior de la cadera izquierda con el fragmento craneal alojado en la cavidad acetabular.

Se presenta un caso de fractura-luxación de cabeza de fémur tratado con reducción abierta sin fijación interna.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad, que sufrió un accidente de tráfico con traumatismo frontal sobre la rodilla izquierda en flexión. A su ingreso presentaba el miembro inferior izquierdo en actitud de rotación interna, flexión y aducción de la cadera, con acortamiento y dolor intenso. El estudio radiográfico inicial, demostró una luxación posterior de la cadera, con un fragmento óseo alojado en la cavidad acetabular (Fig. 1). Ante la imposibilidad de reducción cerrada bajo anestesia general se procedió a la reducción de la luxación, mediante un abordaje posterolateral de Moore, antes de transcurridas las seis horas del accidente. Se apreció la cabeza femoral luxada y atrapada a nivel del cuello por una brecha capsular. Se identificaron tres fragmentos óseos, dos de ellos osteocondrales de pequeño tamaño, que se extirparon. El tercero de ellos (con un tamaño de 3,5 x 12 cm.) estaba fijado por el ligamento redondo en el transfondo acetabular. Tras comprobar con intensificador de imágenes la reducción anatómica se colocó una tracción esquelética transtibial, con 4 kilogramos de peso, durante cuatro semanas. Posteriormente se inició la rehabilitación en descarga, permitiéndose la carga a las 12 semanas con la ayuda de bastones. Al segundo año de seguimiento el paciente presenta marcha con claudicación mínima y sin dolor, flexión de cadera de 90 ° y rotaciones muy limitadas. Ha retornado a su actividad laboral previa. La radiografía y la TAC, demuestran consolidación de la fractura con mínima pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral. Hasta el momento no se observan signos de necrosis del fragmento distal y se conserva el espacio articular. No han aparecido osificaciones heterotópicas (Fig. 2).

### DISCUSIÓN

El caso presentado corresponde a un tipo II de la clasificación de Pipkin. Se trata de una lesión poco



**Figura 2.** Imagen de la TAC en la que se muestra la consolidación de la fractura con ligera pérdida de la esfericidad articular.

frecuente de la que no existe experiencia suficiente que permita establecer cuál es el tratamiento ideal.

La unión, que casi siempre existe, del fragmento liberado con el ligamento redondo (1, 7), garantiza su vascularización permitiendo una buena consolidación si es repuesta en su lecho. Afortunadamente en gran parte de los casos se consigue con reducción cerrada una restitución anatómica del fragmento (2), con un buen resultado clínico (8). La reducción abierta sólo estaría indicada, en caso de imposibilidad de reducción de la luxación, o bien, cuando tras conseguir la reducción persiste el desplazamiento del fragmento. Si bien hay acuerdo entre la mayoría de autores de realizar siempre una reducción cerrada, no hay total acuerdo en como actuar en la reducción abierta y en el método de fijación del fragmento. Algunos autores (9, 10), para simplificar el tratamiento, aconsejan la extirpación del fragmento siempre que no sea de un tamaño superior a un tercio de la superficie articular. Otros, como Pipkin (6) creen que es fundamental el mantenimiento del fragmento para asegurar la congruencia articular. Stewart (11), aconseja la inmediata fusión quirúrgica como método de elección en pacientes menores de 30 años o por la colocación de endoprótesis de entrada en pacientes por encima de esta edad. Los métodos de fijación del fragmento propuestos han sido muy variados. De Lee (12), propone irrigar la cavidad articular hasta extraer todos los cuerpos libres, el fragmento unido al ligamento redondo se aloja inicialmente en su lugar y se realiza una maniobra suave de reducción de la luxación. La reducción se comprueba con el intensificador de imágenes, y si es anatómi-

ca, se fija la fractura con agujas de Kirschner, pasándolas a través del cuello del fémur desde la cortical externa. Si la fractura no queda anatómica, se desinserta el ligamento redondo, se reduce el fragmento y se fija con tornillos a compresión o con tornillos de Herbert. Sarmiento (13) obtiene un buen resultado en un caso en el que se fijó el fragmento con tres tornillos compresivos a través del cartílago articular, tras seccionar el ligamento redondo que impedía la reducción del fragmento. McNarnee y cols. (14) también utilizan los tornillos de Herbert como método de osteosíntesis en los

fragmentos osteocondrales destacando la ventaja de poder introducirlos a través del cartílago articular sin protuir en la articulación.

En nuestro caso dada la sensación de estabilidad que se obtuvo tras la aposición del fragmento en el acto quirúrgico se decidió no colocar fijación interna. Nuestra decisión fue apoyada por los resultados obtenidos. La reducción abierta sin osteosíntesis es una posibilidad a tener en cuenta para no provocar un daño sobreañadido al fragmento y evitar las potenciales complicaciones de la osteosíntesis.

### Bibliografía

1. **Roeder LF, De Lee J.** Femoral head fractures associated with posterior hip dislocation. *Clinic Orthop* 1979; 147: 121-30.
2. **Johnstone G.** Posterior dislocation of the hip with fracture of the femoral head. *East Afr Med J* 1975; 42: 429-31.
3. **Chakraborti S, Miller IM.** Dislocation of the hip associated with fractures of the femoral head. *Injury* 1975; 7: 134-7.
4. **Thomson VP, Epstein HC.** Traumatic dislocation of the hip. A survey of 204 cases covering a period of 21 years. *J Bone Joint Surg* 1951; 33A: 746-53.
5. **Epstein HC.** Traumatic dislocation of the hip. *Clinic Orthop* 1973; 92: 116-42.
6. **Pipkin G.** Treatment of grade IV fracture-dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg* 1957; 39 A: 1027-30.
7. **Hougaard K, Thomsen PB.** Traumatic posterior fracture-dislocation of the hip with fracture of the femoral head or neck, or both. *J Bone Joint Surg* 1988; 70 A: 233-9.
8. **Dowd GS, Johnson R.** Successful conservative treatment of the femoral head. *J Bone Joint Surg* 1979; 61 A: 1244-79.
9. **Epstein HC.** Posterior fracture-dislocation of the hip. *Am J Surg* 1955; 85: 298-303.
10. **Watson-Jones R.** Fractures and joint injuries. New York: Churchill Livingstone 1976; 904.
11. **Stewart MJ.** Management of fractures of the head of the femur complicated by dislocation of the hip. *Orthop Clinic North Am* 1974; 5: 793-8.
12. **De Lee JC.** Fractures and dislocation of the hip. En Rockwood CA, Green DP, Bucholz RW editors: *Fractures in adults*. Philadelphia: JB Lippincott Co. 1991; 1451-81.
13. **Sarmiento A, Laird CA.** Posterior fracture-dislocation of the femoral head. *Clinic Orthop* 1973; 92: 143-6.
14. **MacName PB, Bunker TD, Scott TD.** The berberí screw for osteocondal fractures. *J Bone Joint Surg* 1988; 70 B: 145-6.