

Corredor Cabello, A ; Reyes Jiménez, A ; Bastida Tornés, L; Lomas Jiménez, E; Lara Casanova, N
HU JAÉN

INTRODUCCIÓN.- La luxación traumática de cadera como lesión aislada o asociada, hasta 50%, a fractura de acetábulo o cabeza femoral, es resultado de mecanismos de alta energía, principalmente de accidentes automovilísticos. Es común encontrar lesiones sistémicas asociadas, por lo que los pacientes deben ser valorados de forma multidisciplinaria. La frecuencia de estas lesiones se ha incrementado considerablemente durante las últimas dos décadas. El resultado final depende de diversas variables que incluyen el tiempo transcurrido de la lesión a la reducción, las lesiones coexistentes, el manejo consecutivo a la reducción, la edad y el tipo de luxación. El diagnóstico se establece clínica y radiográficamente.

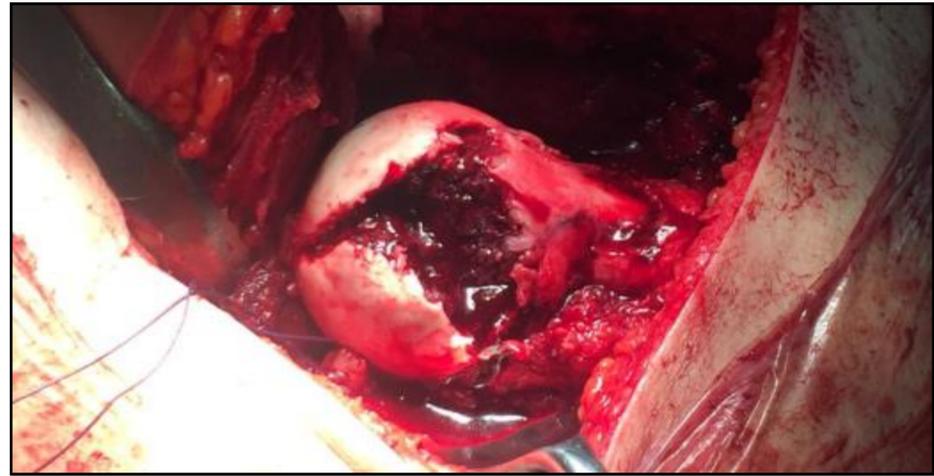


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios

RESULTADOS.- Los hallazgos intraoperatorios (Figura 3) fueron la fractura Pipkin II desplazada, un defecto condral de cabeza femoral 3x3 cm superolateral, y la desinserción del labrum posterior. Se abordó mediante la técnica Luxación segura de Ganz con osteotomía de trocánter. Se llevó a cabo la reducción de la fractura y fijación con 3 tornillos tipo Herbert HCS de 3 mm x 30 mm. Para el defecto condral, se realizó una mosaicoplastia con 2 autoinjertos de zona troclear femoral de 8 mm. Por último, se reinsertó el labrum posterior con anclaje Conmed 2,1 mm y se redujo el trocánter con 3 tornillo de 3, 5 mm x 50 mm (Figura 4).

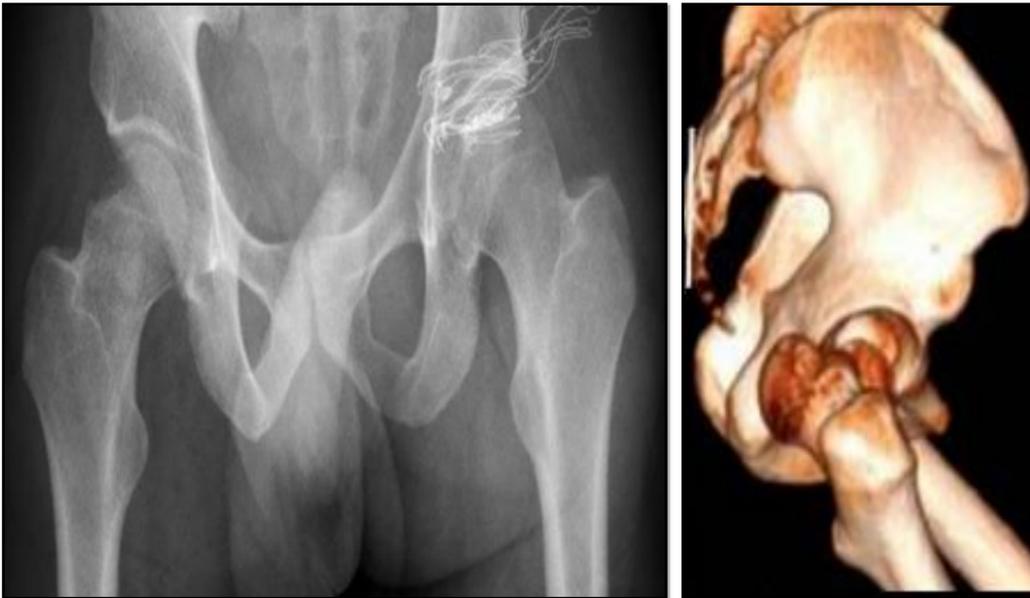


Figura 1. Fractura luxación cabeza femoral derecha Pipkin II

MATERIAL Y MÉTODOS.- Presentamos el caso de un varón de 23 años politraumatizado tras caída de bicicleta que presenta fractura luxación de cabeza femoral derecha Pipkin II (Figura 1) y fractura oblicua a nivel del techo del acetábulo izquierdo, con extensión intraarticular. Se realizó TAC a su llegada (Figura 2) donde, además, presenta fractura de varios arcos costales, apófisis transversas izquierdas desde T7 hasta L3, derrame pleural izquierdo que provoca atelectasia pasiva en segmentos basales de LII; y pequeña laceración esplénica, sin signos de afectación vascular, ni de sangrado activo.

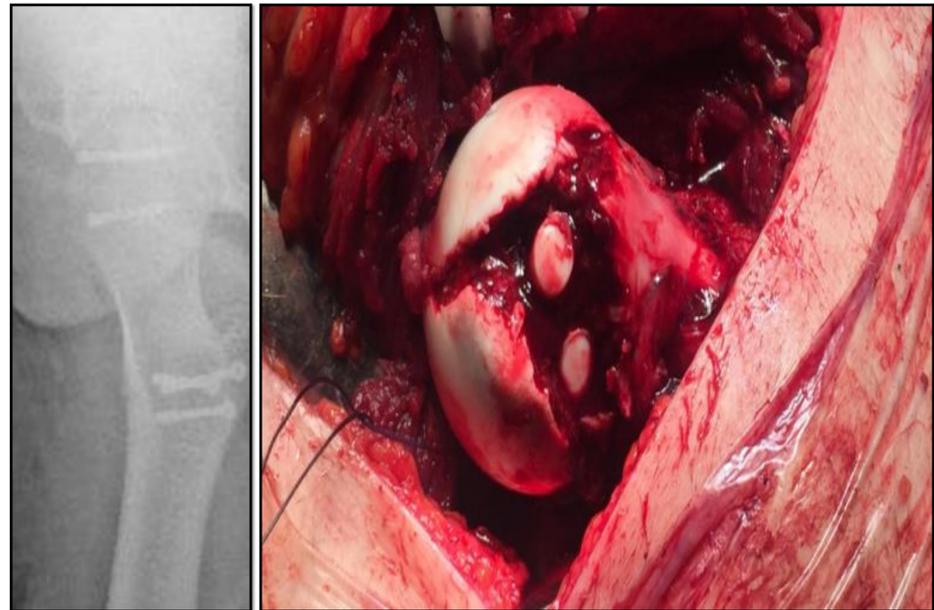


Figura 4. Tratamiento quirúrgico realizado

CONCLUSIONES.- El tratamiento definitivo de las lesiones de cartílago sintomáticas y de la coxartrosis suele ser la artroplastia o prótesis de cadera, con resultados excelentes. En pacientes jóvenes suelen intentarse tratamientos intermedios para intentar reparar el daño del cartílago, que muchas veces mejoran los síntomas y permiten retrasar por unos años la necesidad de la prótesis. Entre estos tratamientos se encuentran el desbridamiento, las microperforaciones, la mosaicoplastia y el implante de condrocitos autólogos. La elección del tratamiento más adecuado depende del tipo y tamaño de la lesión, de la experiencia del cirujano y de las características del paciente.

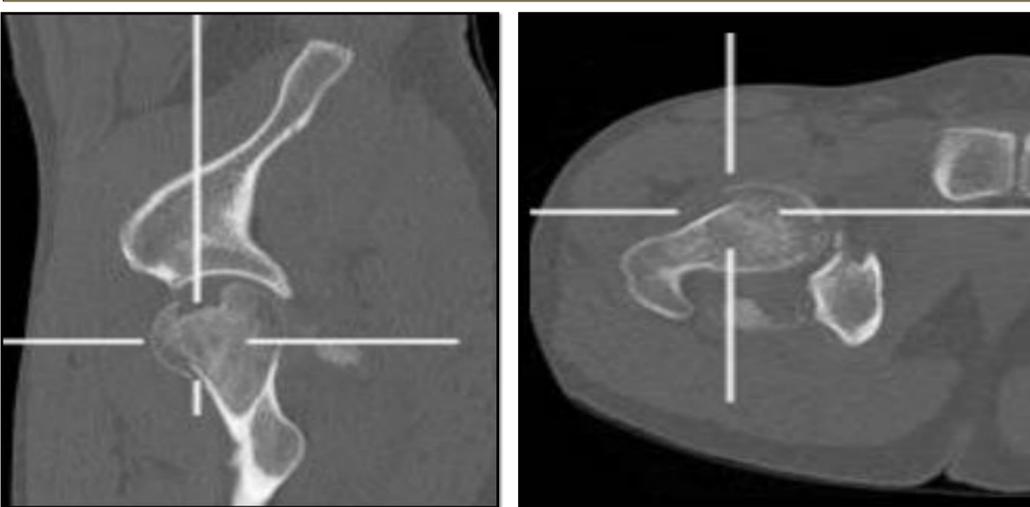


Figura 2. TAC de cadera

OBJETIVOS.- El objetivo es describir el tratamiento y el manejo quirúrgico de la forma más conservadora posible ante un paciente joven .

BIBLIOGRAFÍA.-

1. Delgado Martínez, A., 2018. *Cirugía Ortopédica Y Traumatología*. 4th ed. Jaén, pp.621-31
2. Dallich AA, Rath E, Atzmon R, Radparvar JR, Fontana A, Sharfman Z, Amar E. Chondral lesions in the hip: a review of relevant anatomy, imaging and treatment modalities. *J Hip Preserv Surg*. 2019 Apr 16;6(1):3-15. doi: 10.1093/jhps/hnz002.
3. Hevesi M, Jacob G, Shimomura K, Ando W, Nakamura N, Krych AJ. Current hip cartilage regeneration/repair modalities: a scoping review of biologics and surgery. *Int Orthop*. 2020 Sep 10. doi: 10.1007/s00264-020-04789-2.