

FRACTURA DE COTILO ASOCIADA A LESIÓN DEL NERVI CIÁTICO EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Ameztoy Gallego J, Bellostas Muñoz L, Mills Gañán S.
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España



Hospital Universitario La Paz
Hospital de Cantoblanco
Hospital Carlos III

Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de coto en el paciente joven están relacionadas con traumatismos de alta energía, hasta un 61.5% debido a accidentes de tráfico y, a lesiones no esqueléticas: renales, hepáticas, hemorragias intrapélvicas. El tratamiento quirúrgico se recomienda en la mayoría de casos para evitar la destrucción del cartílago articular producido por la incongruencia residual de la superficie articular. Pese a ello, la artrosis postraumática ocurre en el 20% de los casos y supone la complicación más común a largo plazo; relacionada con el daño de la cabeza femoral, lesiones asociadas y co-morbilidades del paciente.

OBJETIVOS

Describir el manejo inicial y el tratamiento quirúrgico definitivo de una fractura de alta energía de coto a propósito de un caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Varón de 26 años que sufre accidente de motocicleta a 50km/h. A la exploración presentaba estabilidad hemodinámica y respiratoria con GCS 15/15. El miembro inferior derecho se mostraba en flexo y rotación interna, sin dismetrias. La exploración neurológica presentaba una dorsiflexión de tobillo 3/5 con extensión del 1º dedo 2/5 e hipoestésias en cara lateral de tibia y pie y vascular distal normal.
- Se realizaron radiografías de pelvis (Fig 1.) y BODY-TAC (Fig 2.) en las que se vio neumotórax bilateral, contusiones pulmonares bilaterales, hematoma suprarrenal izquierdo con signos de sangrado activo y fractura transversa con afectación de la pared posterior del acetábulo derecho.
- Se llevó a cabo embolización de la arteria suprarrenal izquierda y colocación de tracción transesquelética en femur distal derecho y el paciente fue trasladado a la UCI.
- Tras 7 días en UCI el paciente fue llevado a quirófano para reducción abierta y osteosíntesis de fractura acetabular. En primer lugar se realizó un abordaje de Kocher-Langenbeck accediendo al fragmento de pared posterior desplazado y fragmentos intraarticulares y se sintetizó con doble placa en la columna y pared posterior. Además se comprobó que el nervio ciático se encontraba contundido con un desgarro periférico. En el mismo acto se realizó un abordaje ilioinguinal para fijar la columna anterior con una placa, con controles de escopia satisfactorios.



FIG 1: Radiografía AP de cadera

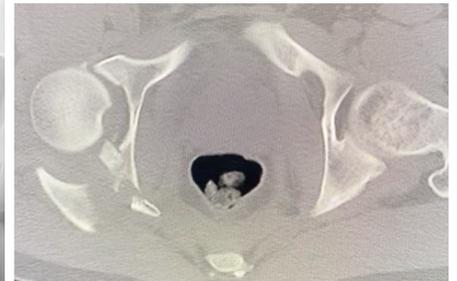


FIG 2: Corte axial TAC



FIG 2: Corte coronal TAC



FIG 2: Reconstrucción 3D TAC

RESULTADOS

- El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones. El EMG a los 4 días postquirúrgico detalló lesión axonal aguda del nervio ciático derecho con afectación grave del componente peroneal (CPE) y leve-moderada del componente tibial, a nivel postganglionar.
- A los 4 años el paciente presenta movilidad completa indolora. Realiza vida normal y deporte (correr) sin dolor. Presenta una recuperación prácticamente completa del CPE y en la radiografía (Fig 3.) no se ven signos de artrosis postraumática.



FIG 3: Radiografía AP y axial de cadera derecha 4 años postquirúrgico

CONCLUSIONES

Las fracturas de coto en el paciente joven están relacionadas con traumatismo de alta energía y conllevan un riesgo agudo significativo de lesión vascular y nerviosa, mientras que a largo plazo la artrosis postraumática es la principal complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durkee N, Jacobson J, Jamadar D, Karunakar M, Morag Y, Hayes C. Classification of Common Acetabular Fractures: Radiographic and CT Appearances. American Journal of Roentgenology. 2006;187(4):915-925.
2. Kelly J, Ladurner A, Rickman M. Surgical management of acetabular fractures - A contemporary literature review. Injury. 2020;51(10):2267-2277.
3. Issack PS, Helfet DL. Sciatic nerve injury associated with acetabular fractures. HSS J. 2009 Feb;5(1):12-8. doi: 10.1007/s11420-008-9099-y. Epub 2008 Dec 17.