

# FRACTURA DE PELVIS, COTILO Y DE CUELLO FEMORAL DESPLAZADA: ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN DIFERIDO.



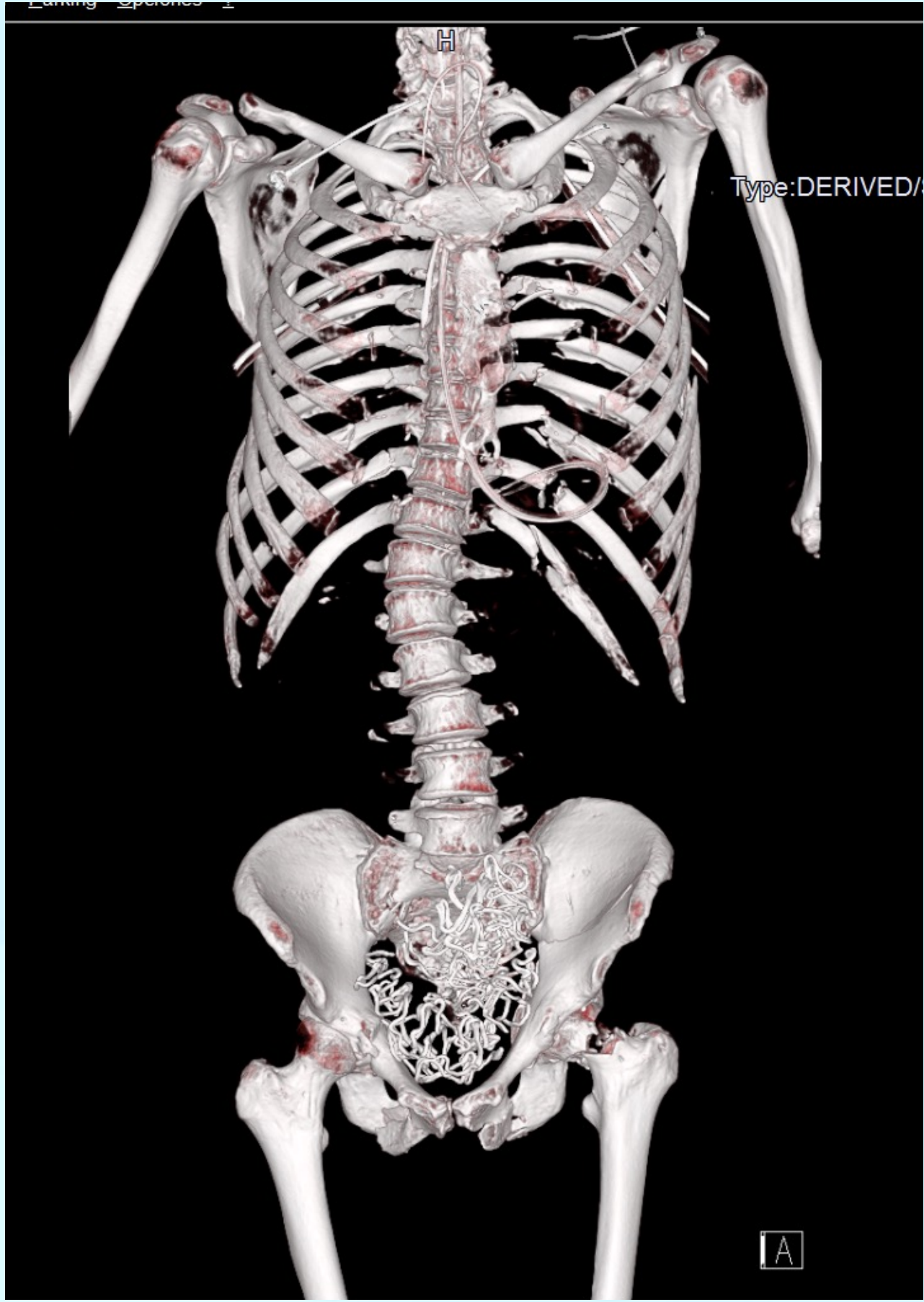
Fernando Trell Lesmes\*, Sergio Sánchez Belmonte\*, Marta Yáñez Hernández\*, Beatriz Fernández Maza\*, Gonzalo Gutierrez Baiget\*. Servicio Traumatología y Cirugía Ortopédica. \*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

## INTRODUCCION:

Ante un gran politraumatizado la realización de protocolos para salvar la vida y la cirugía de “control de daños” es lo principal en unos primeros momentos. En ocasiones la evolución no permite tratar ciertas lesiones necesitando abordar las secuelas de estas. La realización de una artroplastia total de cadera tras una fractura de pelvis/cotilo precisa de una planificación para minimizar complicaciones aumentados en estas situaciones.

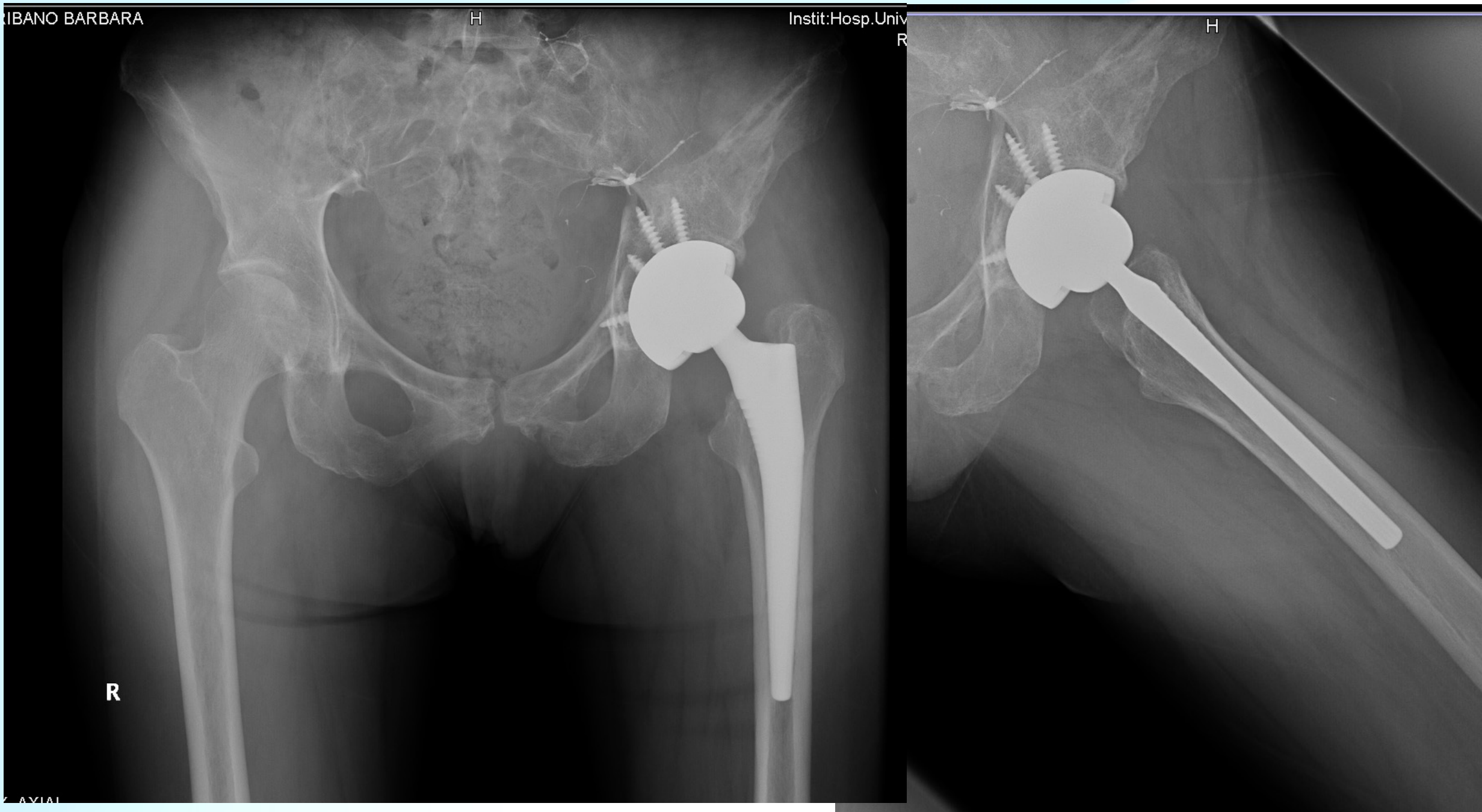
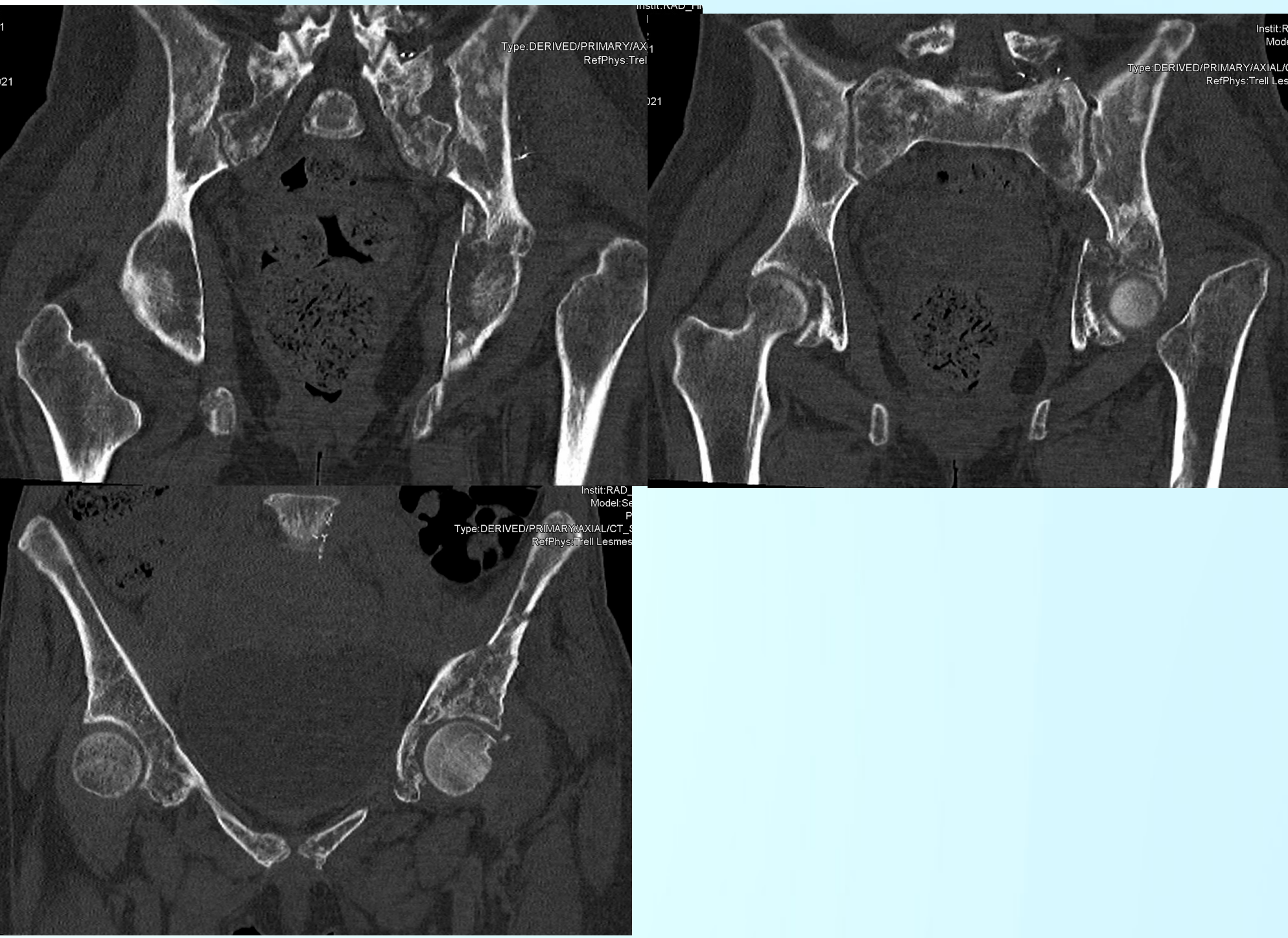
## OBJETIVOS:

Planificar la realización de una artroplastia total de cadera como tratamiento de las secuelas tras una fractura de pelvis, cotilo y cuello de fémur desplazadas que no pudieron ser tratadas inicialmente.



## MATERIAL Y METODO:

Presentamos una paciente politraumatizada tras precipitarse, inestable con lesiones en tráquea, tórax, abdomen, raquis y pelvis. Se realizo cirugía “in extremis” con revisión y sutura de herida en tráquea, tubos de tórax, laparotomía supra-infraabdominal, esplenectomía y packing pélvico consiguiendo estabilización de la paciente para poder realizar Angio TAC y embolizar la arteria glútea superior. Se objetiva fractura de pelvis, sacro y acetábulo con cuello femoral desplazada. La paciente consigue estabilizarse, permitiendo la revisión del packing con retirada de las compresas, pero desarrolla complicaciones pulmonares, infecciosas y neurológicas que la hacen permanecer en la UCI largo tiempo. A los 5 meses y tras control de su patología, consolidan las fracturas pélvica y acetabular y es intervenida realizando una artroplastia total de cadera con un abordaje posterolateral con un cotilo de metal trabecular atornillado a pubis e ileon.



## RESULTADOS:

La paciente ha vuelto a caminar de forma independiente sin ayudas ni dolor recuperando su función previa, pero ha desarrollado una trombosis venosa profunda que ha precisado anticoagulación prolongada y medidas de rehabilitación de edemas en miembros inferiores.

## CONCLUSION:

En la realización de una artroplastia de cadera en estos pacientes, hay que tener presente una serie de factores adicionales a los procedimientos habituales. Son pacientes que suelen haber estado encamados y en descarga por lo que son huesos osteopénicos con el riesgo de provocar nuevas fracturas en cotilo o fémur. Si ha habido fracturas con cierto desplazamiento, como en este caso la fractura subcapital, condiciona la retracción y acortamiento de tejidos, así como la presencia de osificaciones. La embolización de arterias como la glútea superior puede provocar isquemia local pudiendo existir en ocasiones una atrofia tisular local. También esta descrita una mayor tasa de infección y luxaciones protésicas. Es necesario una planificación, con abordajes ampliados, liberación de partes blandas con gestos como tenotomías, resección de tejidos fibróticos, así como unos implantes que aseguren una fijación estable y duradera con cotilos con metal trabecular atornillados y vástagos cementados o no.