

*Presentación de enfermos, radiografías e instrumentos***Fractura-luxación de cadera**

Dr. JUAN CARLOS MACCAGNO*

Se presenta un caso inusual de fractura-luxación de cadera, tratada en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital General de Agudos "Francisco Santojanni".

Se trata de un paciente de 45 años, de sexo masculino, que sufrió un accidente de tránsito al viajar como acompañante en un camión y chocar éste de frente contra un árbol. En el momento del accidente el paciente recuerda que estaba sentado y que tenía la rodilla derecha en extensión, con el pie del mismo lado apoyado en el pasarruedas del vehículo. El estudio radiográfico practicado a su ingreso por el Servicio de Guardia reveló una rara lesión de fractura-luxación presente en su cadera derecha. Se trata de una luxación posterior de cadera, con fractura del reborde posterior del acetábulo y una fractura intertrocanterica (Fig. 1). Por predominio de la acción muscular del psoas ilíaco en su inserción en el trocánter menor el fragmento proximal de la fractura fue llevado a la flexión, provocando una angulación aproximada de 90 grados. Se obtuvo una incidencia radiográfica alar y otra obturatriz de esta lesión.

El mecanismo de esta lesión podría estar determinado por la aplicación de dos fuerzas: la primera provoca la luxación posterior de la cadera y la fractura del reborde acetabular posterior, mientras que la segunda palanquea la cabeza luxada contra el ala ilíaca, fracturando el cuello femoral⁵. La asociación de estas lesiones no se ha encontrado en las clasificaciones de fracturas-luxaciones de cadera disponibles⁶ y es de rara referencia en la bibliografía consultada¹⁻⁵.

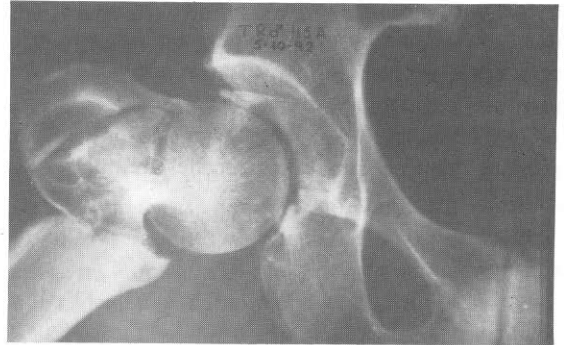


Figura 1

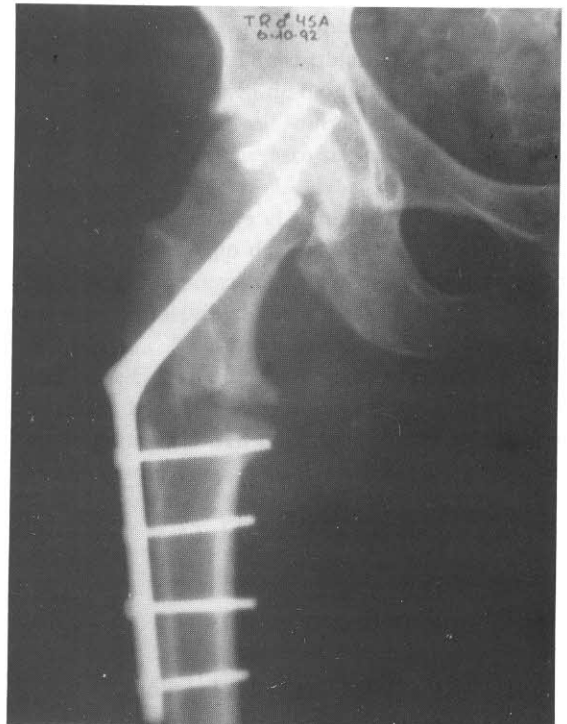


Figura 2

* División de Ortopedia y Traumatología, Hospital General de Agudos "Francisco Santojanni", Pilar 950, (1408) Capital Federal. *

Se procedió al tratamiento quirúrgico de esta lesión al día siguiente, utilizando una vía de abordaje de Kocher-Langenbeck, lo que permitió visualizar la cabeza femoral luxada orientada hacia atrás. Como primera medida se redujo la luxación. A continuación se redujo la fractura intertrocanterica y se fijó con un clavo placa de Jewett. Por último se redujo la fractura del reborde posterior del acetábulo, fijándola con dos tornillos AO de cortical (Fig. 2). Dos días después se confeccionó un hemicalzón derecho de yeso, que usará durante seis semanas. La evolución postoperatoria inmediata ha sido buena, por lo que se le dio de alta de internación, continuando su control ambulatorio por consultorios externos, teniendo en cuenta las complicaciones alejadas que puede desarrollar este tipo de lesión (calcificaciones periarticulares, coxartrosis, necrosis cefálica femoral), por lo que se le realizarán periódicamente controles clínicos, radiográficos y centellográficos.

BIBLIOGRAFIA

1. Garcés LP, Suso Vergara S: Luxación y fractura-luxación de cadera. *Rev Ortop Traum* 34IB (2): 179-182, 1990.
2. Hougaard K, Thomsen PB: Traumatic posterior fracture-dislocation of the hip with fracture of the femoral head or neck, or both. *JBJS* 70-A (2): 233-239, 1988.
3. Jacob JR, Rao JP: Traumatic dislocation and fracture dislocation of the hip (a long-term follow-up study). *Clin Orthop Rel Research* 214: 249-263, 1987.
4. Palanca Martin D, García Pequerul JM: Fracturas-luxaciones de la cabeza femoral. A propósito de dos casos. *Rev Ortop Traum* 34 IV (6): 680-683, 1990.
5. Pipkin G: Treatment of grade IV fracture-dislocation of the hip. *JBJS* 39-A: 1027-1042, 1957.
6. Tronzo RG: Cirugía de Cadera. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1975.