

LUXACIÓN POSTERIOR COXOFEMORAL ASOCIADA A FRACTURA DE PIPKIN BILATERAL: REDUCCIÓN Y FIJACIÓN IN SITU MEDIANTE ABORDAJE SMITH-PETERSEN.

Pérez Pérez E, Ammari Sánchez-Villanueva F, Méndez Scherg N, Pereira Mosquera E, López Toajas A, Cano Luis P.
Unidad de Gestión Clínica Traumatología-Reumatología
Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

Las **luxaciones coxofemorales posteriores** son una entidad poco frecuente, normalmente asociadas a traumatismos de muy alta energía. Entre 5-15% asocian fracturas de la cabeza femoral, empeorando su pronóstico e incrementando el riesgo de **osteoartrosis** y **necrosis avascular**.

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un varón de 34 años con **luxación coxofemoral posterior bilateral** asociada a **fracturas Pipkin II derecha** y **Pipkin I izquierda**, sin déficit neurovascular, tras accidente de tráfico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se descartaron lesiones a nivel craneal, torácico y abdominal tras una valoración inicial. A nivel ortopédico presentaba dolor y deformidad en ambos miembros inferiores: flexión, adducción y rotación interna bilateral (Figura 1). Tras realizar pruebas de imagen (Figuras 4 y 6) se diagnosticó de fractura-luxación coxofemoral posterior bilateral.

Se trasladó al quirófano de forma emergente realizando reducción cerrada a nivel de la cadera izquierda, pero siendo insatisfactoria en la derecha (Figura 2). Se realizó entonces reducción abierta mediante **abordaje anterior iliofemoral (Smith-Petersen)** permitiendo la **fijación interna** con dos tornillos HCS (Figura 3). Realizamos TC de pelvis control postoperatorio para comprobar la reducción anatómica de las fracturas articulares (Figura 7).

Figura 1



Figura 2



Figura 1: paciente con deformidad de ambos miembros inferiores en el box de emergencias.
Figura 2: normoposición del miembro inferior izquierdo tras reducción cerrada de luxación coxofemoral izquierda.

Figura 3

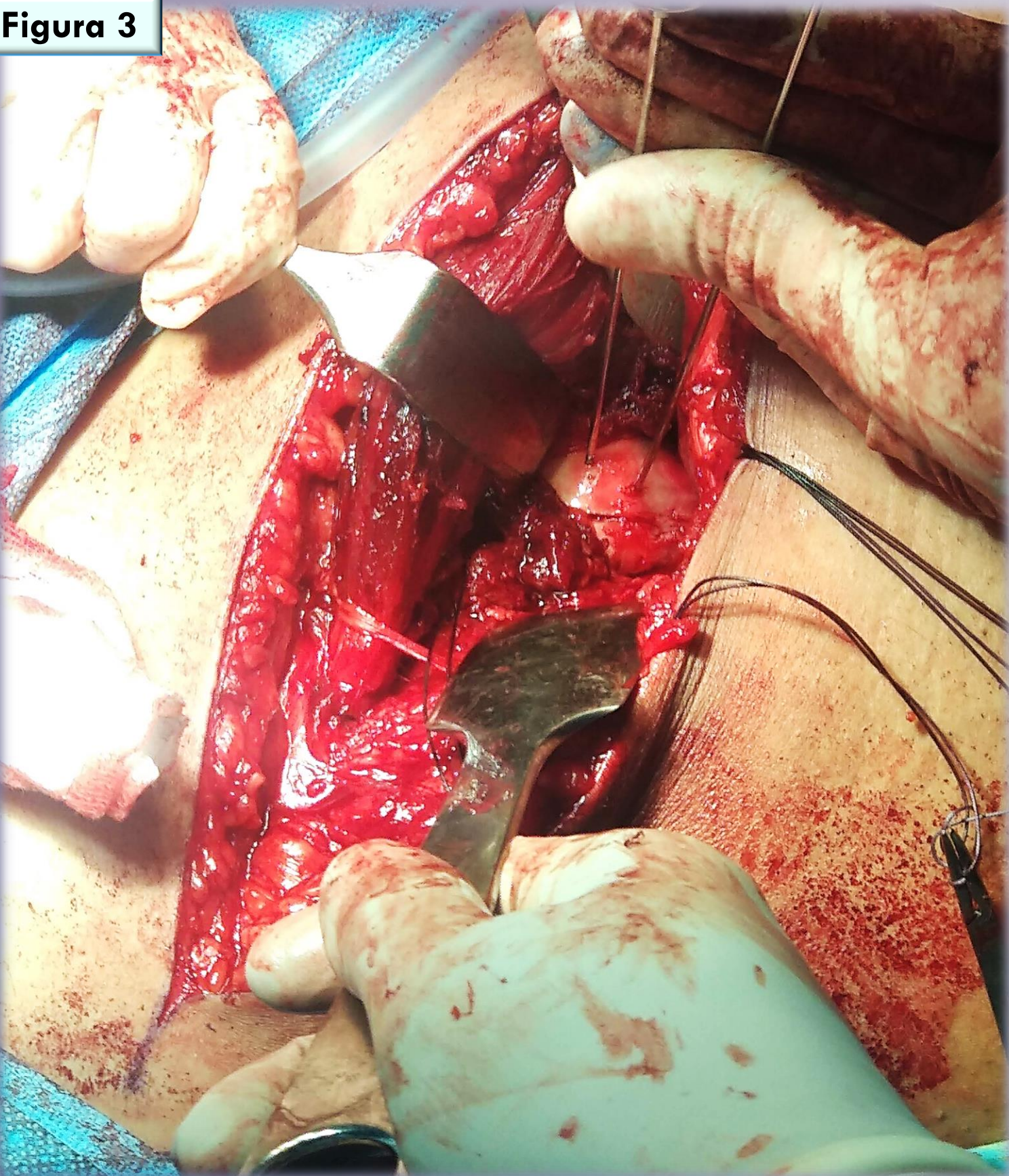


Figura 3. Imagen intraoperatoria mostrando reducción abierta de la fractura-luxación Pipkin II derecha fijada temporalmente con las agujas de los tornillos HCS.

Figura 4

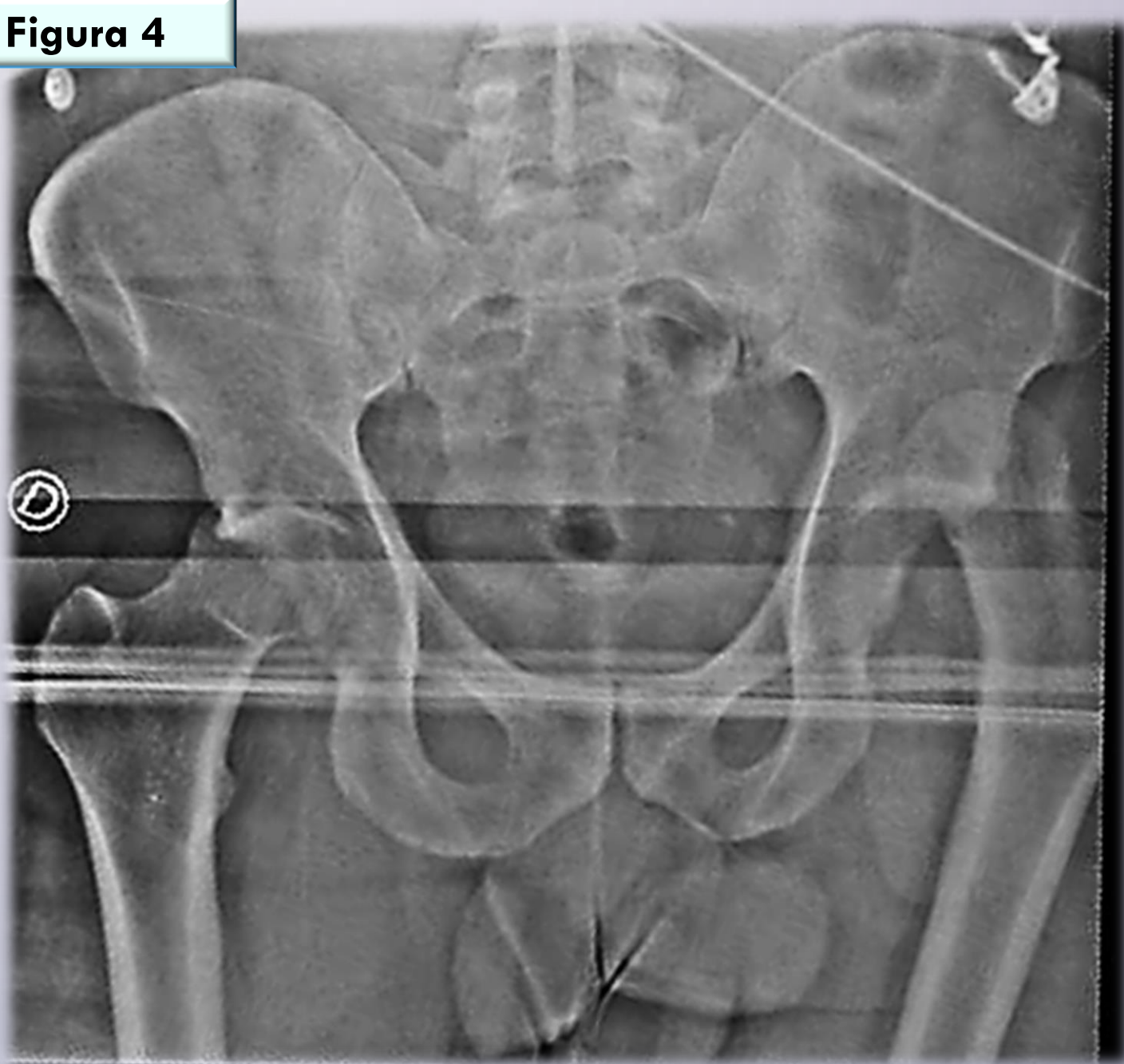
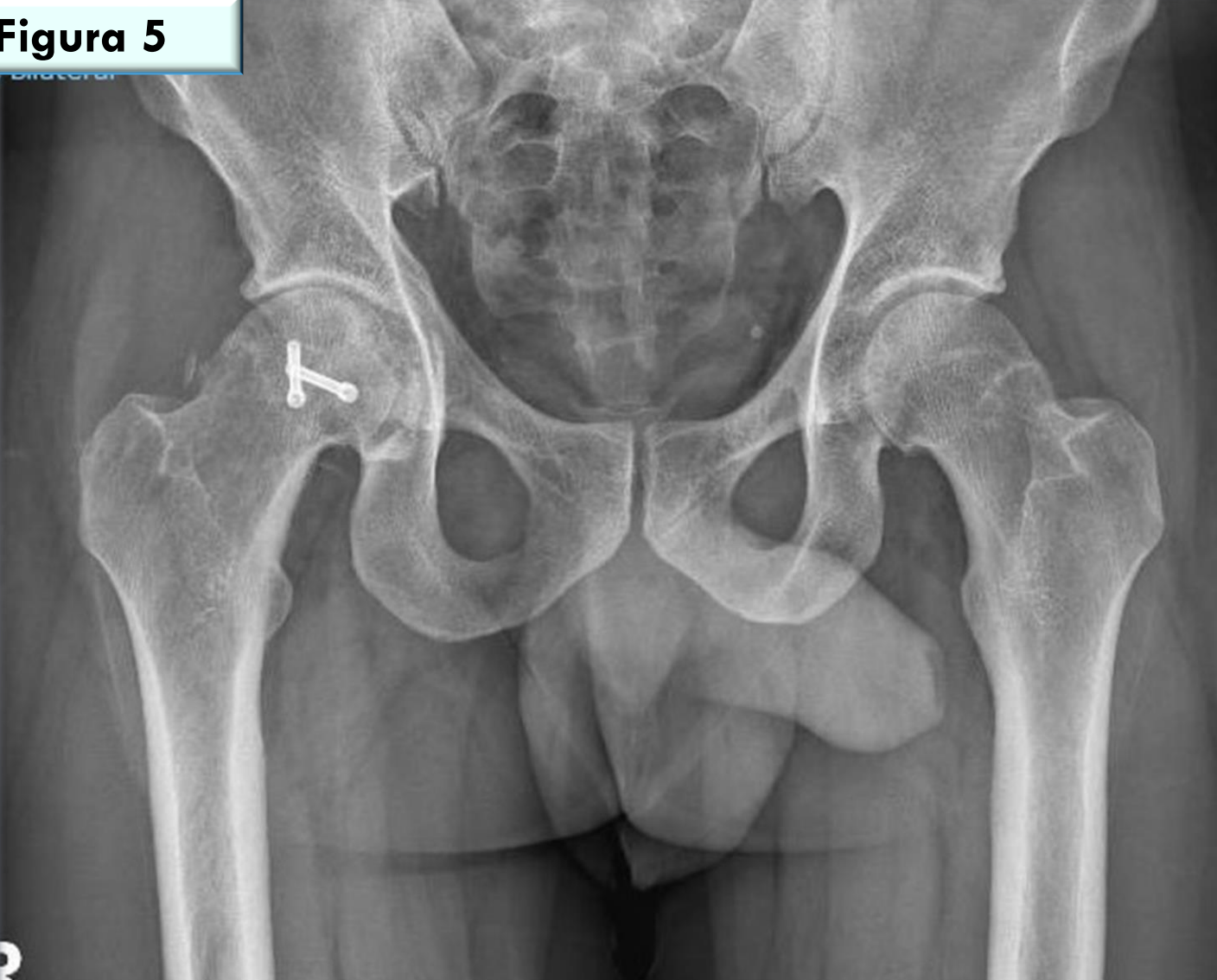


Figura 5



Figuras 4 y 5. Radiografías AP de pelvis. Radiografía en el box de emergencias (Fig. 4) y radiografía control tras un año de la cirugía (Fig. 5).

Figura 6

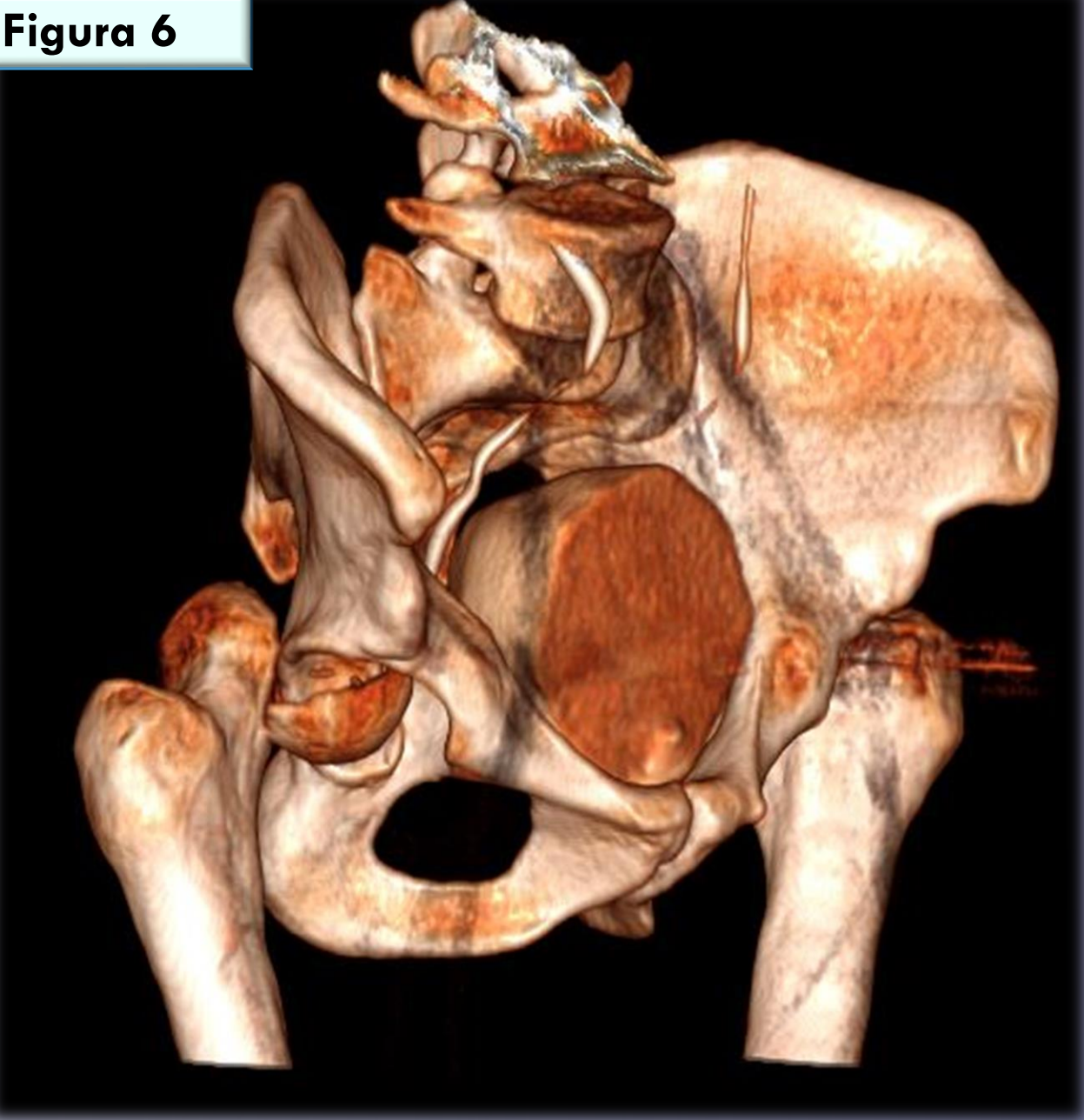
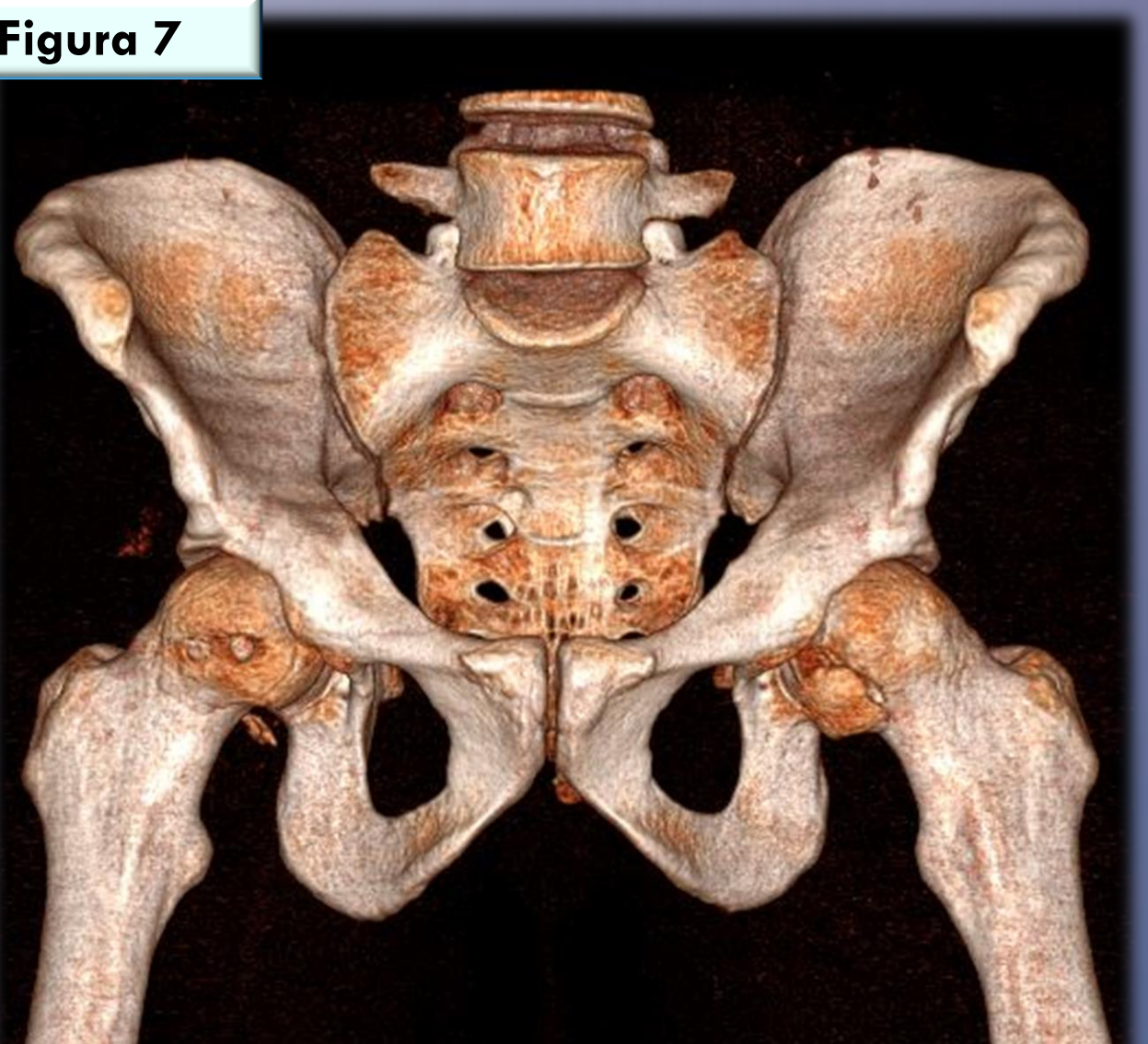


Figura 7



Figuras 6 y 7. Reconstrucciones 3D TC pelvis. Fig. 6: imagen preoperatoria donde apreciamos fractura Pipkin II derecha. Fig. 7: TC postoperatorio.

RESULTADOS

Tras un año de seguimiento presenta excelentes resultados tanto anatómicos como funcionales. No se objetivan signos de necrosis avascular en ninguna de las cabezas femorales comparando radiografías de control seriadas (Figura 5). Actualmente camina sin ayuda de bastones y realiza vida normal. Como única secuela, refería inicialmente hipoestesia en el territorio del nervio femorocutáneo, que ha recuperado progresivamente.

CONCLUSIONES

Las luxaciones posteriores de cadera son una **emergencia traumatológica** y deben ser reducidas en **menos de 6 horas** para evitar compresión del nervio ciático y necrosis avascular de la cabeza femoral.

En muchas ocasiones están asociadas a **fracturas de cabeza femoral o Pipkin**. Esta clasificación permite diferenciar distintos patrones de fractura con opciones de tratamientos diferentes, como es nuestro caso. Así el Pipkin I se trató de forma conservadora mientras que el Pipkin II necesitó reducción anatómica y osteosíntesis interna para buscar una correcta congruencia articular, obteniendo en ambas buenos resultados funcionales. Debemos realizar de forma sistemática un **TC** para determinar el patrón de fractura de la cabeza femoral y así elegir entre tratamiento conservador o quirúrgico, y el mejor abordaje para su reducción en caso de necesitar cirugía.

