

¿SE DEBEN TRATAR QUIRÚRGICAMENTE LAS FRACTURAS TIPO PIPKIN EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR AGUDA?

Sanz Pérez M. I, Moreno Velasco A, Bartolomé García S, Campo Loarte J.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO, MAJADAHONDA

Jefe de Servicio: Dr. Campo Loarte J.



INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de cabeza femoral son lesiones poco frecuentes, producidas por mecanismos de alta energía. Suelen presentarse en pacientes politraumatizados, que habitualmente asocian otras lesiones. El tratamiento inadecuado de una fractura de cabeza femoral puede desembocar en una artrosis precoz. El grado de recuperación funcional de los pacientes con una lesión medular aguda es difícil de predecir, por lo que el tratamiento quirúrgico de las lesiones de los miembros inferiores (MMII) asociadas puede ser controvertido.

OBJETIVO:

Conocer los resultados del tratamiento de un paciente con una lesión medular aguda y una fractura tipo Pipkin intervenida quirúrgicamente.



Fig 4: Corte coronal TAC de pelvis en urgencias, previo a la reducción. Luxación postero-superior coxofemoral derecha. Fragmento de cabeza femoral intraarticular, que incluye la fóvea.

Fig 5: Corte coronal TAC de pelvis tras la reducción de la luxación coxofemoral. Fractura de la cabeza femoral tipo Pipkin II (trazo de fractura por encima de la fóvea).



RESULTADOS:

Seis meses después, el paciente presenta un ASIA D: deambula con 2 muletas, sin dolor neuropático, pero con espasticidad, además de tener una vejiga neurógena. Radiológicamente la cadera mantiene la esfericidad y el espacio articular, sin necrosis. Un año tras el accidente, neurológicamente mantiene un ASIA D: camina con una muleta, sin dolor, con leve espasticidad residual y recuperación de esfínteres. Radiológicamente la cadera no presenta cambios artrósicos ni de necrosis.

CONCLUSIONES:

No existe un claro consenso sobre la mejor estrategia terapéutica a seguir en este tipo de pacientes. Dado que el grado de recuperación funcional de una lesión medular es impredecible, consideramos adecuado el tratamiento quirúrgico de las fracturas de MMII, para prevenir posibles complicaciones en caso de recuperación de la capacidad de deambulación.

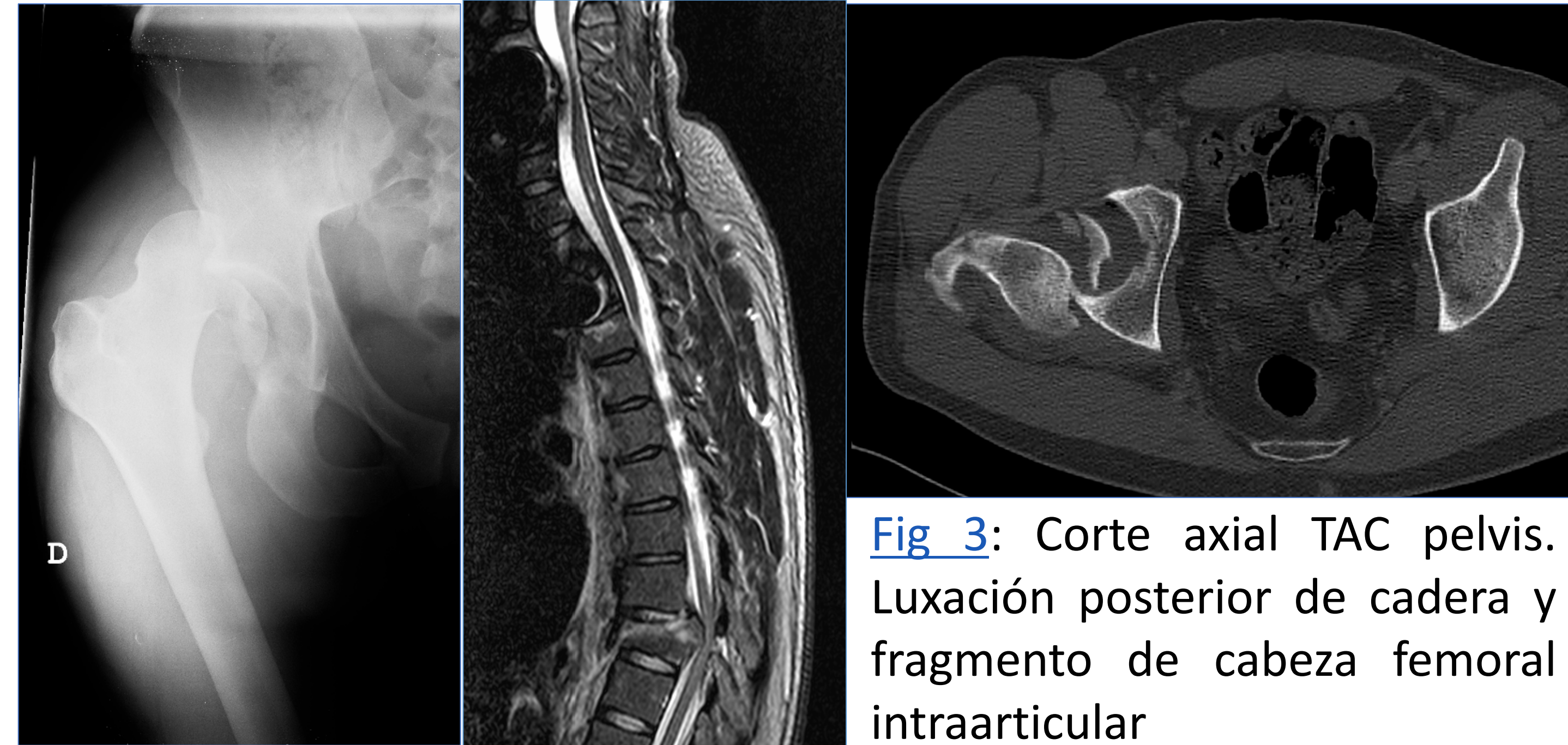


Fig 1: RX AP pelvis en urgencias. Luxación posterior de cadera + Pipkin II.

Fig 2: Corte sagital RMN columna: Fractura T9 y contusión intramedular

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 24 años, con traumatismos torácico, abdominal, ortopédico y raquídeo tras sufrir un accidente de moto. Entre otras lesiones, presentaba: una luxación posterior de cadera asociada a una fractura tipo Pipkin II, una fractura-luxación glenohumeral y fracturas vertebrales T9 tipo A4 y T12 tipo A2. Tras la estabilización inicial en urgencias, se realizó una reducción cerrada en quirófano de ambas luxaciones. Durante una ventana de sedación en el postoperatorio, el paciente presentó priapismo y plejía de MMII. Se solicitó una RMN panespinal, que demostró una contusión intramedular en T9, por lo que se realizó una artrodesis y descompresión medular urgente. Tras la cirugía, presentó una recuperación completa de sensibilidad, propiocepción y termoalgesia en MMII, pero con fuerza 0/5 y reflejos abolidos. Diez días después, se intervino quirúrgicamente mediante: reducción abierta vía Smith-Petersen y osteosíntesis con tornillos de cabeza femoral y osteosutura de troquiter. El paciente fue trasladado al Hospital de Toledo para rehabilitación, con diagnóstico de lesión medular ASIA B.

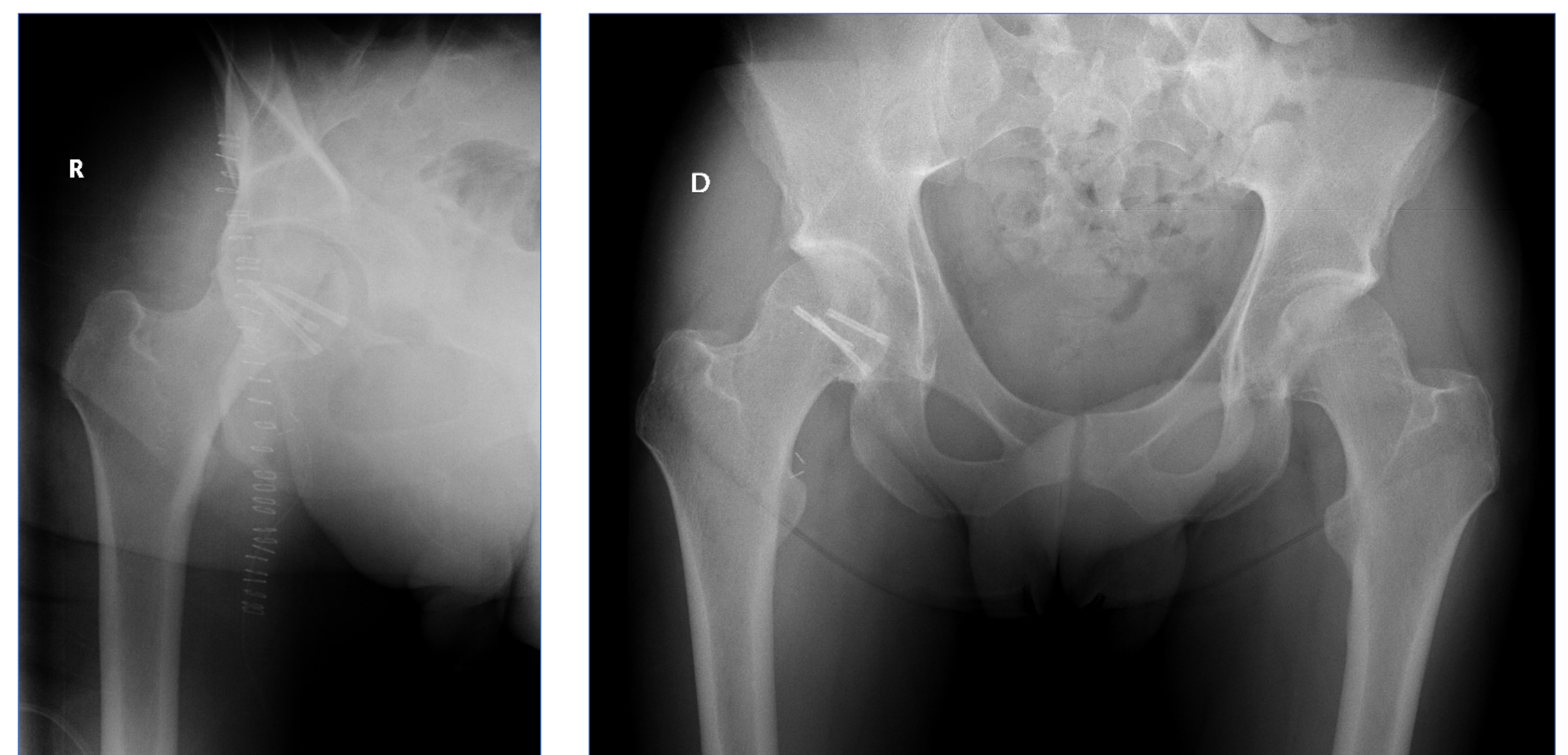


Fig 6: Radiografías AP de cadera: postoperatorio inmediato.

Fig 7: Radiografías AP de pelvis: control 1 año tras la cirugía.

