

Tratamiento de la Fractura - luxación central de cadera en el paciente anciano: nuestra experiencia en 5 años.

A. Hurtado Ortega, N. López Martín, M. López Franco, C. Gebhard, M. De Dios Pérez, J. Escalera Alonso.

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Infanta Sofía.



Introducción:

La restauración de la congruencia articular en la zona de carga y la estabilidad de la cabeza femoral en el acetábulo son los principales objetivos en el tratamiento de las fracturas acetabulares, si a éstos se le agrega la luxación central de la cabeza femoral, se agrava el pronóstico ya que la migración de la cabeza puede desplazar las vísceras intrapélvicas de su línea media. La muy baja incidencia de esta asociación, fomenta la controversia del tratamiento quirúrgico versus conservador.

Material y métodos:

Se presentaron 8 casos de fractura acetabular asociada a luxación central de cadera. Edad media de 80 años (71-91 años). 5 hombres (63%), 3 mujeres (37%). Al momento del ingreso 3 pacientes presentaron una o más enfermedades graves asociadas, que retraso la intervención o imposibilitó la indicación quirúrgica. La caída accidental fue responsable del 75% de las fracturas acetabulares. Se realizó radiografías en incidencia antero-posterior, y oblicuas, se complemento con TAC en todos los casos. Seguimiento medio de 2 años (9 meses – 5 años).

Objetivos:

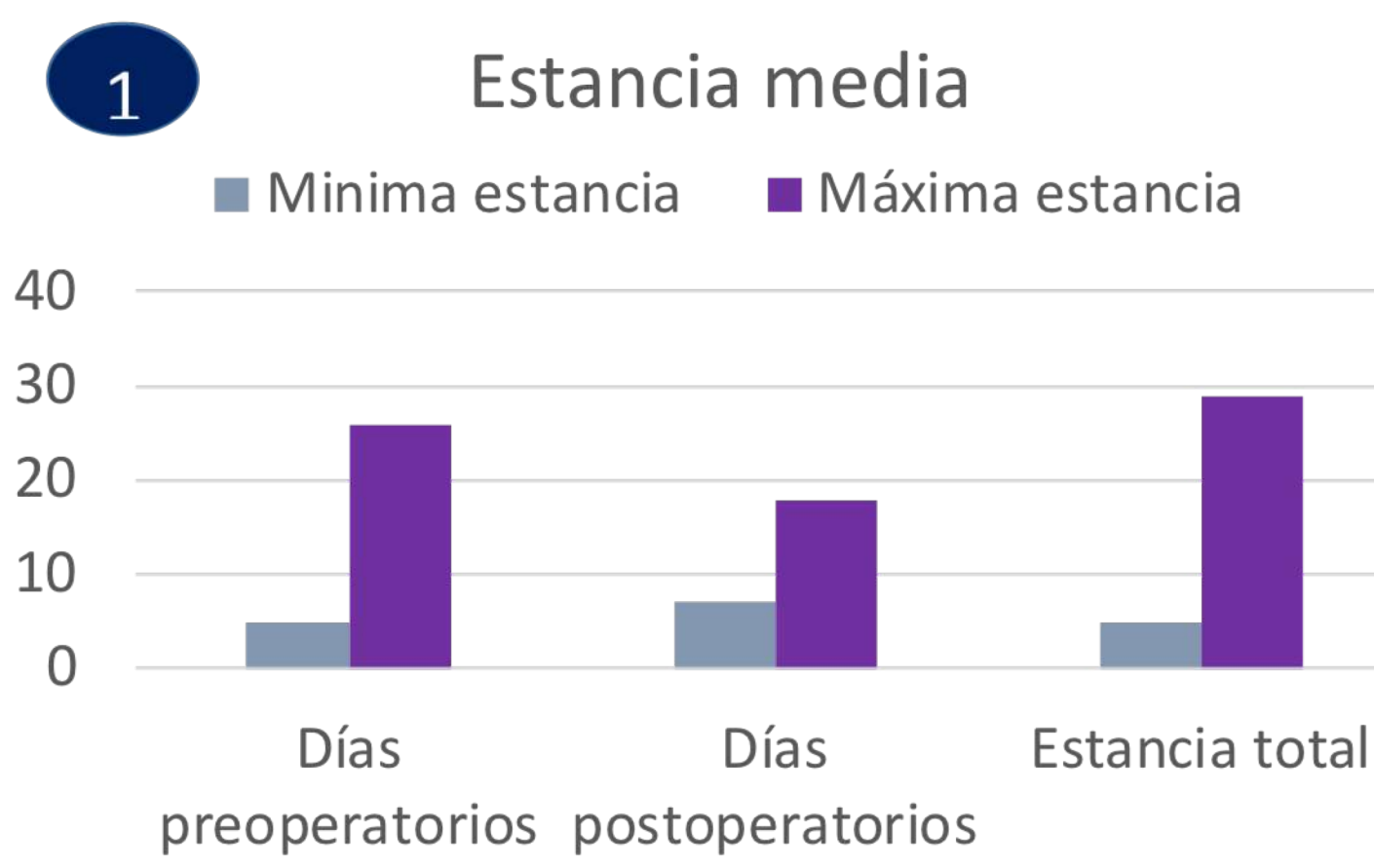
Presentar nuestra experiencia en el manejo de la asociación de fractura – luxación central de cadera en pacientes ancianos atendidos entre el periodo comprendido desde el 2012-2017. Describir las características epidemiológicas asociadas y valorar los procesos intercurrentes que marcaron la decisión de tratamiento quirúrgico versus conservador.



Figura 1:
A. Antecedentes patológicos de interés. Las tres patologías subrayadas fueron de intensidad grave.
B. Cadera derecha (proyección axial) y TAC de pelvis correspondiente al mismo paciente.
C. Cadera derecha (proyección AP) y su respectiva reconstrucción por TAC.

Resultados:

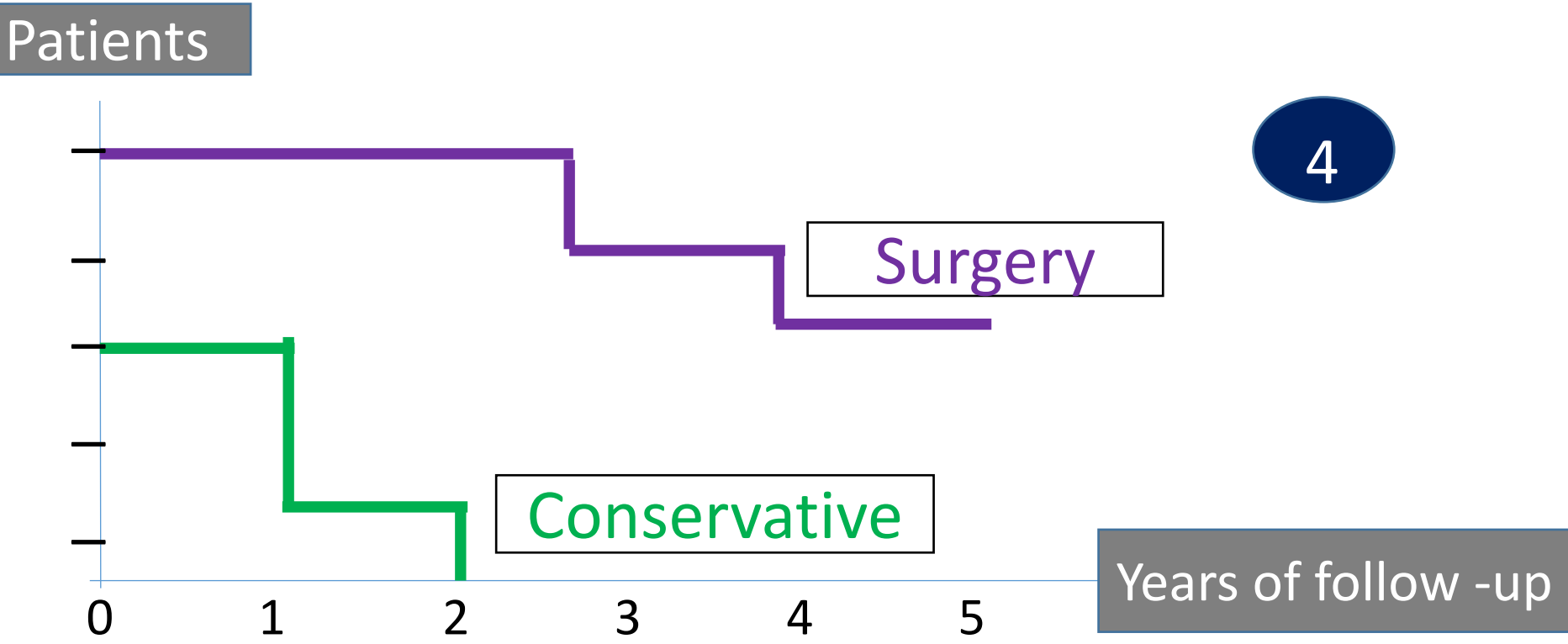
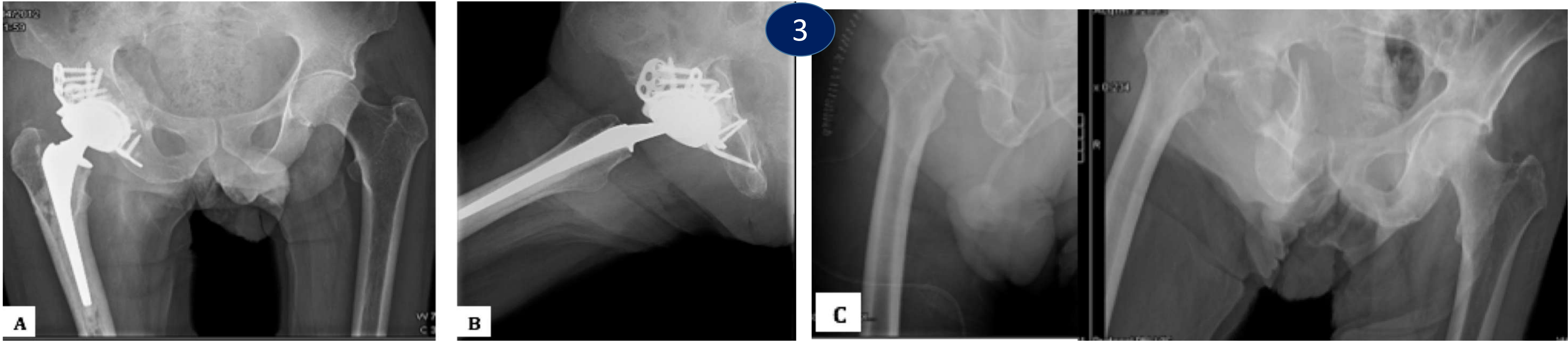
En 5 casos se procedió a intervención quirúrgica y en 3 casos se prefirió tratamiento conservador debido al alto riesgo quirúrgico. De los pacientes intervenidos, en 4 (80%) se optó por PTC y sólo en 1 se le realizó una cirugía de artroplastia de resección tipo Girdlestone por complicaciones cardiovasculares intraquirófono. La media de días de espera hasta la intervención fue de 2 semanas (5-26 días). La media de estancia hospitalaria en el grupo quirúrgico fue de 20 días (5-29 días) y de 42 días (10-65 días) en el grupo con tratamiento conservador. La principal complicación postoperatoria fue la anemia. La mortalidad en el grupo de tratamiento quirúrgico fue del 40%, mientras que en el grupo de tratamiento conservador fue del 100% a los 2 años del seguimiento.



2

Material protésico	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Contour™	56mm	50mm	50mm	50mm
Polarcup™	51mm	47mm	47mm	43mm
Synergy™	11mm	11mm	11mm	11mm
Cabeza de CrCo	28mm, -3	28mm, -3	28mm, -3	22mm, +4
Inserto de PE Polarcup	28-51mm	28-47mm	28-47mm	22-43mm

Figura 2:
1. Estancia media de espera pre y postoperatoria y estancia total.
2. Tipo de material protésico utilizado.
3. Radiografías postoperatorias:
A. Pelvis (proyección AP).
B. Cadera derecha (Proyección axial).
C. Cadera derecha con artroplastia de resección (proyección AP y axial).
4. Mortalidad a 5 años de seguimiento.



Conclusiones:

La reconstrucción del transfondo acetabular con hueso autógeno o aloinjerto junto con la prótesis total de cadera parece ser una buena estrategia terapéutica para pacientes ancianos con fractura acetabular aguda. Observamos en el grupo con tratamiento quirúrgico que 60% de los pacientes (5 casos) tuvieron mejores resultados en cuanto a movilidad articular, deambulación, no dolor; mientras que en el grupo con tratamiento conservador se encontró mayor mortalidad durante el seguimiento.

