

# Fractura de Pipkin. Tratamiento mediante luxación segura de Ganz.

Eva María Vera Porras, Javier Hernández Quinto, Juan Fernando Navarro Blaya, Fernando López-navarro Morillo, Carlos Navío Serrano, Sarah Toledo García.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, El Palmar, Murcia.



## Introducción

Las fracturas tipo Pipkin son fracturas de alta energía. Presentamos la resolución de un caso mediante luxación segura de Ganz.

## Objetivo

Presentar la importancia de la correcta osteosíntesis en este tipo de fracturas articulares.

## Material y método

Paciente de 74 años que sufre accidente de tráfico y presenta traumatismo facial y toracoabdominal. Presenta fractura conminuta de cabeza femoral derecha y del pilar posterior de acetábulo derecho. Se interviene mediante abordaje posterior tipo Ganz con osteotomía trocantérica, hallando fractura tipo Pipkin II con un fragmento central y 7 fragmentos intraarticulares de pequeño tamaño. Se realizó reducción abierta y fijación interna del fragmento central con 4 tornillos y fijación de osteotomía trocantérica con tornillos canulados con arandela.

## Resultados

Es necesario que se apliquen fuerzas de alta energía transmitidas al fémur para que se produzca una luxación de cadera.

En ocasiones al chocar contra el acetábulo, la luxación se puede acompañar de fractura del mismo y de la propia cabeza femoral.

Según la dirección en que se luxa la cabeza femoral y la posible asociación de fracturas, se clasifican en luxaciones anteriores, posteriores (con posible lesión del nervio ciático) o centrales.

Los vasos que irrigan la cabeza femoral pueden verse afectados directamente por el traumatismo con solución de continuidad o contusiones que posteriormente pueden evolucionar a trombosis del vaso.

En estos casos el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral puede ser frecuente.

Para el diagnóstico usamos la Rx simple. La TC sirve para completar el estudio de otras lesiones.

## Conclusiones

La base del tratamiento se centra en evitar complicaciones mediante una reducción inmediata y, posteriormente, proporcionar una articulación congruente y estable.

Las complicaciones con mayor incidencia en estos casos son las lesiones del nervio ciático (traumática o iatrógena), necrosis avascular, miositis osificante, artritis o luxación recidivante.

Las secuelas que pueden aparecer con más frecuencia son la artrosis, parálisis del nervio ciático y disminución del balance articular de la cadera.

