

# Fractura lateral de cadera como complicación de una reducción en la mesa de tracción

## Informe de un caso y revisión de la bibliografía

MARCELO RÍO, SEBASTIÁN PATRICIOS, DUILIO GABAS, GUILLERMO GOTTER CAMPO y ARIEL BARRERAORO

*Sector de Trauma Ortopédico, Departamento de Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central "Cir. Mayor Dr. Cosme Argerich", Buenos Aires*

### Caso clínico

Presentamos a una paciente de 70 años que ingresó en el servicio de emergencias por haber sufrido un traumatismo de la cadera izquierda por caída desde su propia altura. En el examen físico presentaba los clásicos signos de dolor, acortamiento, impotencia funcional y rotación externa de la cadera izquierda.

Antes del accidente, la paciente deambulaba en su domicilio debido a artrosis de ambas caderas. No refería antecedentes oncológicos ni otros datos de relevancia. Al ingresar se encontraba hemodinámicamente estable, orientada en el tiempo y en el espacio, con *Minimal State* de 30/30.<sup>5</sup>

Se realizó un examen radiográfico de rutina que incluyó: radiografía panorámica de pelvis (Fig. 1), radiografía de cadera izquierda de perfil y radiografía de cadera izquierda con tracción y rotación interna. Se diagnosticó fractura lateral de cadera izquierda grado II de la clasificación de Evans.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista radiológico no se observó lesión aguda en la cadera derecha, sólo cambios artrósicos avanzados (esclerosis subcondral, osteofitosis marginal y pinzamiento articular).

Fue intervenida quirúrgicamente a las 24 horas del ingreso.

Luego de realizada la anestesia raquídea se colocó a la paciente en la mesa ortopédica, con el miembro inferior izquierdo sujeto en la plantilla metálica bajo tracción y el contralateral también, pero sin tracción y con la cadera en abducción, rotación externa y flexión, con la rodilla en flexión de 90°.

Se realizó la reducción indirecta de la fractura en la mesa de tracción (C. Maquet Rastatt, Alemania, Mod 1415.90) bajo intensificador de imágenes. Luego se colocó un tornillo dinámico de cadera con placa de 135° y cuatro orificios, con cuatro tornillos de cortical. El acto quirúrgico culminó sin complicaciones.

En el control radiográfico de rutina posterior a la operación se detectó una imagen compatible con fractura lateral de la cadera derecha (Fig. 2). Ante este hallazgo se repitió el examen semiológico de la cadera derecha, que coincidió con la observación radiológica.

Se solicitó una tomografía computarizada (Fig. 3) de la cadera derecha en la que se confirmó la fractura.

A las 24 horas de la primera cirugía se intervino quirúrgicamente la cadera derecha mediante el mismo procedimiento y se colocó un tornillo dinámico de cadera de tres orificios (Fig. 4).

El acto operatorio concluyó sin complicaciones.

A las 24 horas de la segunda cirugía, la paciente fue sentada en la cama y a las 48 horas inició la bipedestación con andador de cuatro puntos.

Al cuarto día de la primera cirugía se le dio el alta hospitalaria y continuó la rehabilitación en el domicilio y los controles por consultorio externo hasta la consolidación de las fracturas.

### Discusión

La utilización de la mesa ortopédica es habitual en nuestro servicio para el tratamiento de las fracturas de cadera que requieren osteosíntesis, si bien algunos autores discuten su utilización en otras patologías, como las fracturas diafisarias del fémur.<sup>8</sup>

Se describieron varias complicaciones por su utilización, como neuropraxia del nervio pudendo con disfunción eréctil,<sup>3</sup> neuropraxia del nervio ciático poplíteo externo, lesión perineal masiva,<sup>7</sup> todas relacionadas con la tracción excesiva y la compresión del soporte pudiendo.

Recibido el 10-9-2004. Aceptado luego de la evaluación el 1-12-2004.

Correspondencia:

Dr. MARCELO RÍO

L. M. Campos 726 Piso 6°

Tel.: 4576-5733 int. 340

E-mail: marcelowrio@yahoo.com.ar



**Figura 1.** Radiografía panorámica de pelvis en el momento del ingreso. Se observa una fractura lateral de cadera izquierda.



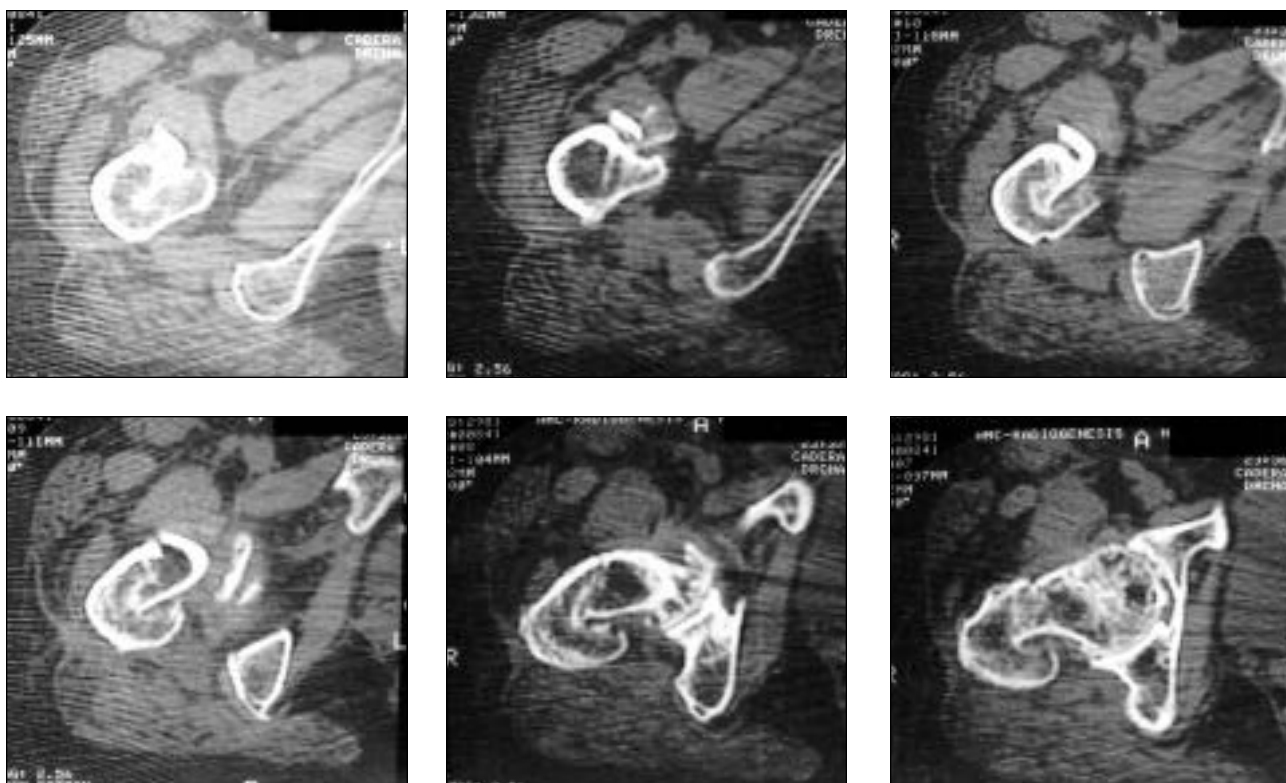
**Figura 2.** Radiografías posquirúrgicas inmediatas. Se visualiza DHS en la cadera izquierda y se observa el hallazgo radiológico en la cadera derecha compatible con una fractura lateral.

Existe otro grupo de complicaciones, como avulsión de la arteria epigástrica inferior,<sup>6</sup> síndrome compartimental del miembro no lesionado,<sup>2</sup> *crush syndrome*,<sup>11</sup> debidas a la posición en que debe colocarse el miembro no afectado para ingresar el intensificador de imágenes.

La posición en flexión de rodilla, flexión de cadera, abducción y rotación externa máxima, sumada a la movilidad reducida producto de la artrosis de cadera y la osteopenia, fueron la causa de la fractura contralateral en esta paciente. El riesgo de complicaciones asociadas con esta posición

es conocido por otros especialistas, como ginecólogos,<sup>1</sup> urólogos<sup>10</sup> y cirujanos generales,<sup>9</sup> pero no hemos encontrado informes de fracturas asociadas con la utilización de esta posición en la mesa ortopédica.

A partir de este caso tomamos como conducta (al igual que como realizamos en pacientes con prótesis de cadera en el miembro no afectado) evitar forzar posiciones extremas de cadera y rodilla y realizar el control con intensificador de imágenes del miembro contralateral una vez finalizada la cirugía.



**Figura 3.** Se comprueba el hallazgo mediante tomografía computarizada.



**Figura 4.** Radiografía posquirúrgica inmediata. Se observan ambas fracturas estabilizadas mediante DHS.

### Referencias bibliográficas

1. **Adler LM, Loughlin JS, Morin CJ, et al.** Bilateral compartment syndrome after a long gynecologic operation in the lithotomy position. *Am J Obstet Gynecol*;162(5):1271-1272;1990.
2. **Anglen J, Banovetz J.** Compartment syndrome in the well leg resulting from fracture-table positioning. *Clin Orthop*; (301):239-242;1994.
3. **Chan PT, Schondorf R, Brock GB.** Erectile dysfunction induced by orthopedic trauma managed with a fracture table: a case report and review of the literature. *J Trauma*;47(1):183-185;1999.
4. **Evan E.** The treatment of trochanteric fractures of the fémur. *J Bone Joint Surg Br*;31:190-203;1949.
5. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.** "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*;12(3):189-198;1975.
6. **Haddad FS, Cobiella CE, Wilson L.** Inferior epigastric artery avulsion: a fracture table complication. *J Orthop Trauma*; 12(8):587-588;1998.
7. **Hammit MD, Cole PA, Kregor PJ.** Massive perineal wound slough after treatment of complex pelvic and acetabular fractures using a traction table. *J Orthop Trauma*;16(8):601-605;2002.
8. **Karpos PA, McFerran MA, Johnson KD.** Intramedullary nailing of acute femoral shaft fractures using manual traction without a fracture table. *J Orthop Trauma*;9(1):57-62;1995.
9. **Khalil IM.** Bilateral compartmental syndrome after prolonged surgery in the lithotomy position. *J Vasc Surg*;5(6):879-881;1987.
10. **Leff RG, Shapiro SR.** Lower extremity complications of the lithotomy position: prevention and management. *J Urol*; 122(1):138-139;1979.
11. **McLaren A, Ferguson JH, Miniaci A.** Crush syndrome associated with use of the fracture-table. A case report. *J Bone Joint Surg Am*;69(9):1447-1449;1987.