

# LUXACIÓN CENTRAL DE CADERA Y FRACTURA COMPLEJA DE ACETÁBULO: Reporte de caso. Hospital Alcívar 2024 - 2025

Dr. Hugo Villarroel, Dra. Dolores Delgado, Md. Andrea Adrián, Md. Adrián Villarroel  
Departamento de Traumatología y Ortopedia

## INTRODUCCIÓN

La luxación de cadera, combinada con fractura compleja del acetábulo, representa una urgencia traumatológica compleja con alta morbilidad. Este tipo de lesiones ocurre con mayor frecuencia en pacientes jóvenes involucrados en accidentes de alta energía, como colisiones vehiculares (1).

El diagnóstico temprano, el tratamiento quirúrgico adecuado y el seguimiento postoperatorio son determinantes clave para evitar complicaciones como necrosis avascular de la cabeza femoral, artrosis postraumática y rigidez articular (4) (10). La elección del abordaje quirúrgico y la técnica de osteosíntesis deben individualizarse en función del patrón fracturario y la estabilidad articular (2) (3).

## OBJETIVOS:

- Describir las características clínicas y radiológicas de un paciente con luxación central de la cadera y fractura compleja del acetábulo.
- Describir el manejo quirúrgico instaurado ante estas lesiones.
- Evaluar los resultados funcionales y complicaciones postoperatorias a mediano plazo.

## MATERIALES Y MÉTODOS:

Se expone el caso de un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, quien refiere que al movilizarse en bicicleta a aproximadamente 40 km/h, se le atraviesa un peatón por lo que al esquivarlo pierde estabilidad y cae a la calzada presentando traumatismo directo en hemitruco derecho contra el bordillo de la acera. Paciente es transferido a nuestra casa de salud 17 horas posterior a evento, presentando intenso dolor, deformidad, crepitación e imposibilidad funcional en cadera derecha con presencia de escoriaciones superficiales en cadera, muslo y rodilla ipsilateral, además de dolor intenso, edema, equimosis, limitación funcional y escoriaciones superficiales en hombro derecho con presencia de signo de la pseudocharretera. También se evidenciaron múltiples escoriaciones por fricción en dorso de mano izquierda y codo derecho.

A continuación, se presenta las radiografías iniciales realizadas en área de Emergencia.

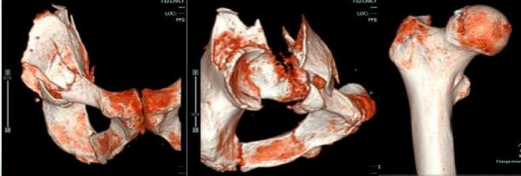
## VER FIGURA 1 Y 2.

FIGURA 1: RX AP pelvis, proyección alar y obturatriz en la que se evidencia fractura compleja multifragmentaria articular del acetábulo derecho que compromete la columna anterior, posterior y techo del mismo, clasificada como AO 62b3.1 y de tipo complejo "en T", de acuerdo a la clasificación de Judet y Letournel, con luxación central de la cadera, además de fractura de la rama isquiopúbica derecha.



Fuente: Registro Imagenológico Hospital Alcívar. Agosto, 2024

FIGURA 2: TAC con reconstrucción 3D del acetábulo y fémur proximal en la que se evidencia migración importante de un fragmento de la columna y pared anterior hacia anterior y medial en relación a la cadera, con otros fragmentos más pequeños desplazados hacia el interior de la pelvis en relación a la luxación central de la cadera, además de fractura de la cabeza del fémur Pipkin tipo IV.



Fuente: Registro Imagenológico Hospital Alcívar. Agosto, 2024

El paciente fue programado inicialmente para limpieza quirúrgica de heridas en hombro, codo y cadera derecha, y colocación de tracción esquelética supracondílea con 10 kg de peso. Diecinueve días posterior a ingreso se planificó intervención quirúrgica en dos etapas. En el 1er tiempo quirúrgico se realizó, mediante abordaje posterolateral de Kocher-Langenbeck, retiro de los fragmentos intraarticulares y posterior reducción abierta + osteosíntesis con tornillos interfragmentarios de titanio bloqueados y placa de reconstrucción anatómica 3.5 mm de 8 orificios, además de colocación de injerto óseo de banco 30 gr y malla de titanio moldeada en el fondo del acetábulo. VER FIGURA 3 y 4.

FIGURA 3: Fotos transquirúrgicas en las que se comprobó la rotura completa de ligamento redondo, lo cual en conjunto con la fractura Pipkin tipo IV, comprometió severamente la viabilidad de la cabeza femoral por lo que se decidió realizar osteotomía a nivel del cuello del fémur y utilización de la misma como injerto óseo autólogo, además de injerto óseo de banco 60 gr sobre la malla de titanio



Fuente: Registro fotográfico Hospital Alcívar. Septiembre, 2024

FIGURA 4: Control radiológico postquirúrgico del primer tiempo en el que se obtuvo una reducción exitosa de <2 mm de desplazamiento de los fragmentos



Fuente: Registro Imagenológico Hospital Alcívar. Septiembre, 2024

## Justicia Médica

Luego de 3 meses se realizó la conversión a artroplastia total de cadera, para lo cual se identificó el centro de la cabeza femoral que se usó como injerto autólogo, y se la tomó como referencia para iniciar el fresado de la nueva cavidad acetabular. VER FIGURA 5.

FIGURA 5: Control radiológico transquirúrgico tomado al momento de fresar en el nuevo acetábulo, y control radiológico del segundo tiempo postquirúrgico en el que se utilizaron componentes protésicos definitivos: copa acetabular doble movilidad # 48 mm, con liner acetabular doble movilidad #28, vástago femoral número 11 poroso proximal y cabeza 28 - 3mm.



Fuente: Registro Imagenológico Hospital Alcívar. Diciembre, 2024

## RESULTADOS:

### Complicaciones:

- Trombosis venosa femoral profunda a nivel del tercio medio con oclusión total, en el postquirúrgico mediato, que ameritó implante de filtro de vena cava y anticoagulantes en dosis trombolíticas por 1 mes.
- Presencia de hematoma en cadera derecha por lo que se realizó drenaje y limpieza quirúrgica

### Valoración funcional:

Se utilizó la escala de Merle d'Aubigné modificada para valorar la función articular y clasificar los resultados funcionales en excelente, bueno, regular, o malo, obteniéndose:

Tabla 1: Resultados funcionales post-operatorios de acuerdo a la escala de Merle d'Aubigné modificada  
Fuente: Base de datos Hospital Alcívar. Noviembre, 2025

Tiempo post-Op	Puntaje	Interpretación de resultado
1er mes	13 puntos	Regular
3er mes	16 puntos	Bueno
6to mes	18 puntos	Excelente
9no mes	18 puntos	Excelente

## VER FIGURA 6.



FIGURA 6: Actualmente cursa 11 meses postquirúrgico, realiza marcha con carga total sin apoyo, niega dolor, rangos articulares en cadera buenos, ha ganado masa muscular y se ha reintegrado al

## DISCUSIÓN:

La luxación central de la cadera asociada a fractura compleja del acetábulo constituye una entidad clínica de alta complejidad (5). Los hallazgos son consistentes con la literatura que destaca la importancia de una reducción articular oportuna y anatómica para evitar complicaciones graves como la necrosis avascular (7) y la degeneración articular secundaria (1).

La tasa de complicaciones en este trabajo se ajusta a la reportada en estudios previos, donde se ha documentado una tasa de TVP sintomática de aproximadamente 0,26% antes del alta hospitalaria y entre 0,4-0,6% en los primeros 30 días; siendo importante destacar que más de la mitad de los eventos tromboembólicos ocurren después del alta hospitalaria, lo que subraya la importancia de la profilaxis extendida y la vigilancia clínica en el periodo ambulatorio.

Por otra parte, la incidencia de artrosis postraumática se presenta en más del 30% de los casos (3), sin embargo, se necesita realizar un seguimiento a largo plazo y se debe subrayar la importancia de una reducción anatómica precisa como predictor funcional (11).

La elección del abordaje quirúrgico se determinada por el tipo de fractura y la práctica del equipo quirúrgico (8). En nuestra experiencia, el abordaje posterolateral fue adecuado para este patrón fracturario, mientras que las fracturas transversales y complejas pueden requerir un enfoque anterior o combinado (2).

Aunque las técnicas de imagen moderna permiten una planificación más precisa, el control funcional postoperatorio continúa siendo un reto, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el tabaquismo o la demora en la intervención (9).

## CONCLUSIONES

La luxación central de la cadera con fractura compleja acetabular es una urgencia quirúrgica que requiere intervención temprana y planificación individualizada. La reducción anatómica y fijación estable son determinantes fundamentales para un buen resultado funcional.

La necrosis avascular y la artrosis secundaria son las principales complicaciones a vigilar a mediano y largo plazo por lo que recomendamos un abordaje multidisciplinario y un seguimiento funcional estructurado para optimizar los resultados clínicos. Así mismo, es fundamental implementar protocolos institucionales que garanticen el manejo precoz y seguimiento funcional de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giannoudis, P. V., Grotz, M. R., Papakostidis, C., & Dinopoulos, H. (2005). Operative treatment of displaced fractures of the acetabulum: a meta-analysis. *Journal of Bone and Joint Surgery - British Volume*, 87(1), 2-9. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.87B1.15086>
2. Letournel, E., & Judet, R. (1993). *Fractures of the acetabulum*. Springer-Verlag.
3. Moed, B. R., & McMichael, J. C. (2007). Outcomes of posterior wall fractures of the acetabulum treated with operative stabilization and indications for immediate total hip arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 89(5), 1170-1176. <https://doi.org/10.2106/JBJS.F.01100>
4. Saterbak, A. M., Marsh, J. L., Nepola, J. V., Brandser, E. A., & Turbett, T. (2000). Clinical failure after posterior wall acetabular fractures: the influence of initial fracture patterns. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 14(4), 230-237. <https://doi.org/10.1097/00005131-200005000-00004>
5. Januel, J. M., Chen, G., Ruffieux, C., et al. (2012). Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: A systematic review. *JAMA*, 307(3), 294-303. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.2029>
6. Momose, T., Nakano, M., Nakamura, Y., Maeda, T., & Nawata, M. (2024). Incidence and preventive treatment for deep vein thrombosis with our own preventive protocol in total hip and knee arthroplasty. *PLOS ONE*, 19(1), e0293821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293821>
7. Dusak, W. S., & Bastian, J. D. (2020). Central fracture dislocation of the hip associated with acetabular fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 34(4), e137-e139. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001693>
8. Chen, C. Y., & Lee, C. H. (2021). Acetabular fractures with central hip dislocation. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(1), e65960. <https://doi.org/10.1155/2021/65960>
9. Scottajah, B., & Lee, K. H. (2023). Case report: Acetabular fracture and central hip dislocation following high-energy trauma. *Journal of Case Reports*, 13(3), 56-59. <https://doi.org/10.13107/jocr.2023.v13.i3.2651>
10. Hernández, S. R., & Pérez, M. H. (2025). Luxación central con migración intrapelvica de cabeza femoral: Reporte de caso. *Revista Médica de la Universidad Técnica Particular de Loja*, 28(1), 45-50. <https://doi.org/10.21892/25721>
11. Grupkovic, J., & Wang, Y. (2025). Traumatic bilateral asymmetrical hip dislocation with associated acetabular fractures: A rare case report. *Journal of Orthopaedic Trauma and Surgery*, 15(4), 532-535. <https://doi.org/10.3390/jots15040532>