

DOBLE VÍA DE ABORDAJE PARA LA CIRUGÍA DE FRACTURA ACETABULAR CON SIGNO DE LA GAVIOTA EN ADULTO MAYOR.

Esparcia Arnedo, E.; Ramos Godos, I.; Soto Pérez, I.; González Alonso, M.; Arias Martín, F.

INTRODUCCIÓN

Las **fracturas acetabulares**, siendo infrecuentes, están aumentando en adultos **mayores** ante traumatismos de **baja energía**. El manejo en estos pacientes es controvertido, reservando el **conservador en fracturas no desplazadas, estables o alto riesgo quirúrgico-anestésico**.

OBJETIVO

Describir el caso de un paciente con fractura acetabular con lesión de la **superficie cuadrilátera (QLS)** ante traumatismo de baja energía que cursó con buena evolución tras la cirugía.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Varón de 72 años, previamente independiente, es derivado desde otro centro por presentar una fractura aguda de acetábulo izquierdo. Se produjo por traumatismo directo sobre la cadera izquierda tras **caída desde su altura**, presentando dolor e impotencia funcional. A su llegada, el paciente se encuentra **estable** hemodinámicamente, no se objetiva inestabilidad pélvica, deformidades, hematomas ni lesiones vasculonerviosas. La **radiografía (Fig. 1)** y la **TAC (Fig. 2)** muestran una fractura acetabular con protrusión y **signo de la gaviota**, clasificando la misma como fractura de la columna anterior y hemitransversa posterior (Judet-Letournel) o 62.B3 (AO-OTA).
- A los 10 días, tras la planificación quirúrgica, se somete a reducción abierta (mediante abordaje de **Stoppa modificado**) y fijación interna de la cúpula superomedial con **tornillos tipo raft** y **placa suprapectínea de QLS** seguida de fijación percutánea de la **columna posterior** con tornillo de rosca parcial (**Fig. 3**). Se indica carga parcial inmediata.

Fig. 1. Rx. Signo de la gaviota.

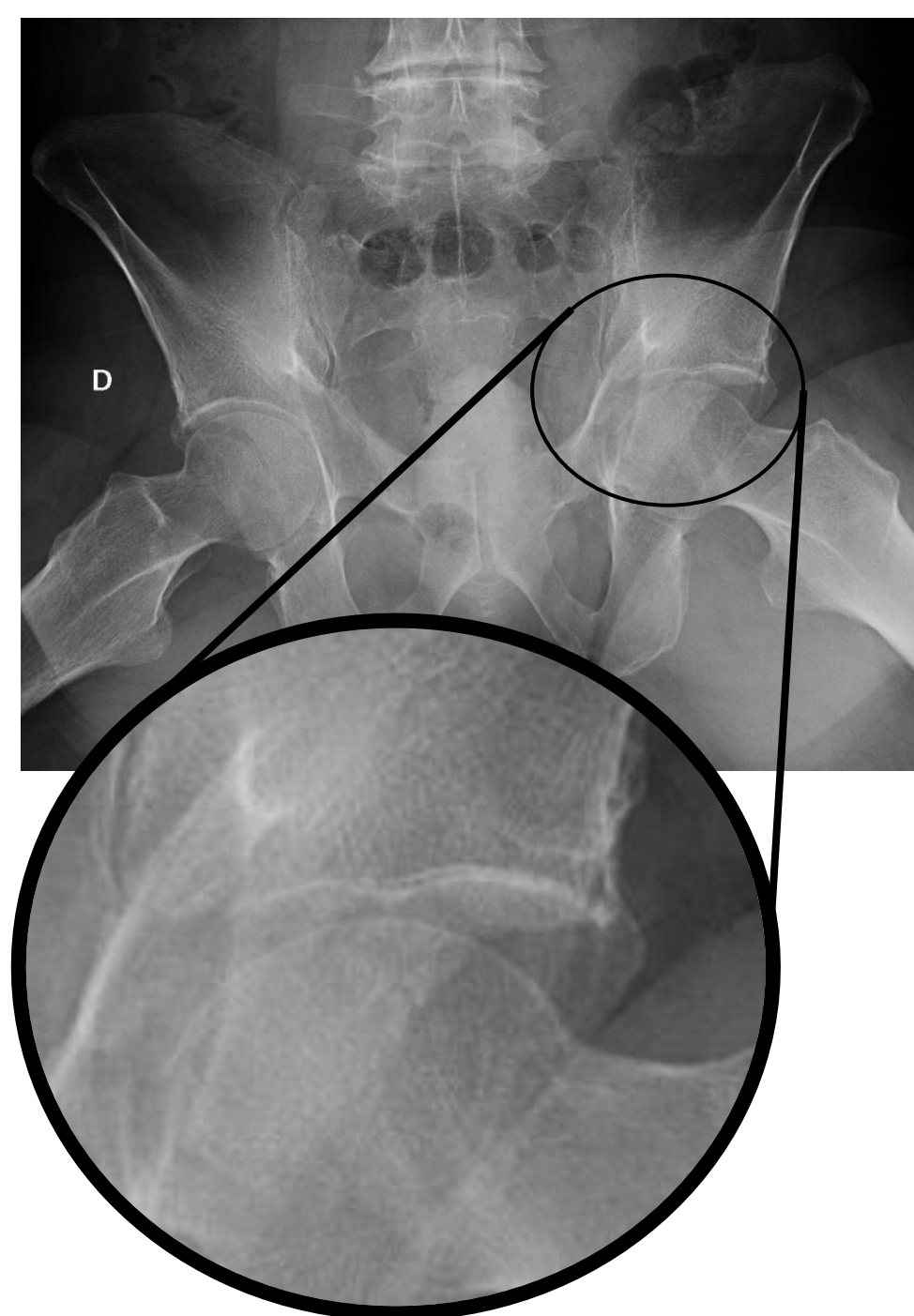


Fig. 2. TAC. Fractura acetábulo.

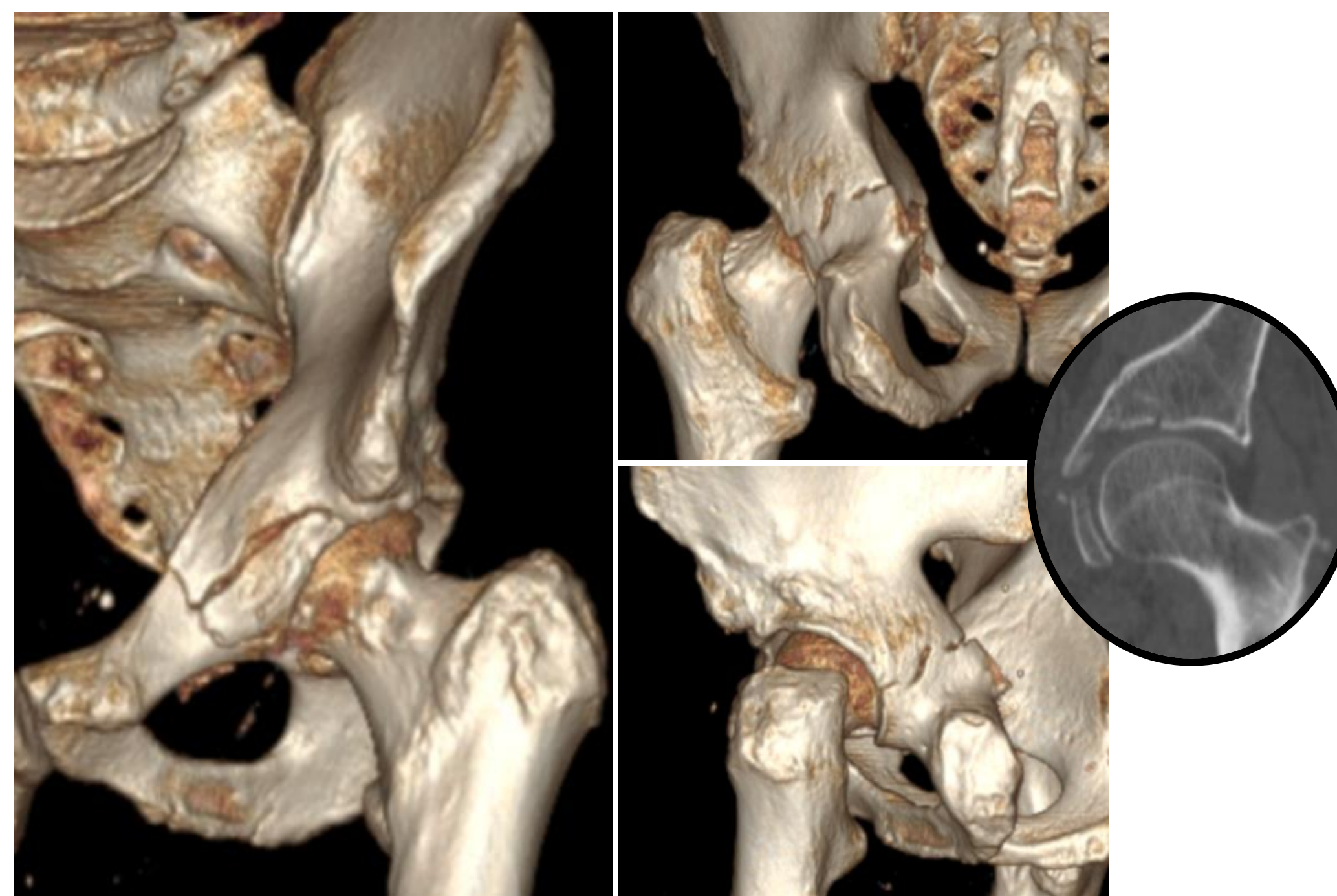
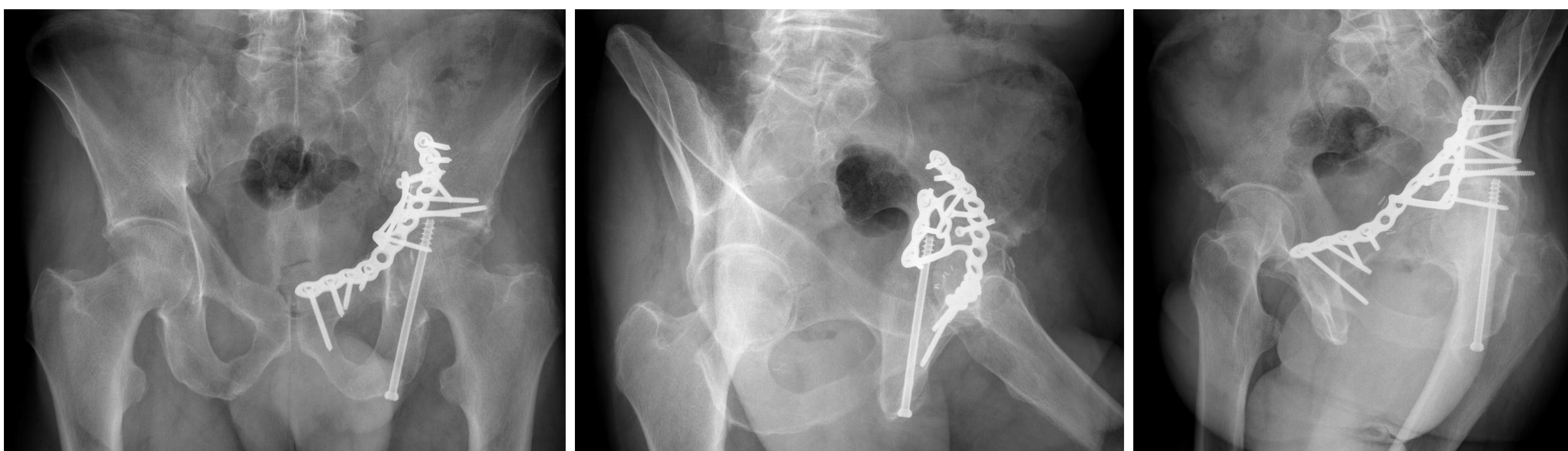


Fig. 3. Rx control post IQ. Proyecciones AP y oblicuas alar y obturatriz.



RESULTADOS

A los 6 meses el paciente presenta buena evolución clínico-funcional y radiográfica según los **criterios de Merle d'Aubigné y Matta**, respectivamente.

CONCLUSIONES

- La principal opción quirúrgica de las fracturas acetabulares es la **reducción abierta y fijación interna**, cuyo objetivo consiste en reducción **anatómica y fijación estable** para conseguir una **movilidad precoz** en carga. Se precisa una adecuada planificación (**radiografías de pelvis AP y oblicuas de Judet -alar y obturatriz-, TAC**), **experiencia** en fracturas pélvicas, discusión en **equipo** y optimización **médica**.
- Constituyen factores de **mal pronóstico** la edad >40 años, mala calidad ósea, comorbilidades, lesión del cartílago, desplazamiento >2mm, **signo de la gaviota** -impactación anteromedial del techo acetabular con implicación de pared posterior- y la reducción pobre.
- La lesión de la **QLS** (ante impacto anteromedial de la cabeza femoral), suele asociar fracturas de ambas columnas e incrementa la dificultad quirúrgica aun no jugando un papel crucial en cuanto a la carga.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Walls A, McAdam A, McMahon SE, Diamond OJ. The management of osteoporotic acetabular fractures: Current methods and future developments. Surgeon. 2021 Oct;19(5):e289-e297.
- (2) Zhuang Y, Lei JL, Wei X, Lu DG, Zhang K. Surgical treatment of acetabulum top compression fracture with sea gull sign. Orthop Surg. 2015 May;7(2):146-54.
- (3) Wu H, Shao Q, Shang R, Song C, Liu X, Cai X. Open reduction and internal fixation of quadrilateral plate fractures in the elderly: association between initial fracture pattern and outcomes. BMC Musculoskelet Disord. 2021 Jan 29;22(1):122.
- (4) Cimerman M, Kristan A, Jug M, Tomažević M. Fractures of the acetabulum: from yesterday to tomorrow. Int Orthop. 2021 Apr;45(4):1057-1064.