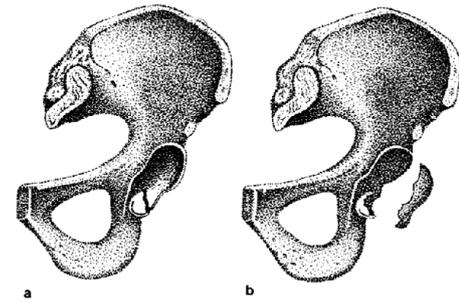


## TEMA 23.- FRACTURAS DE COTILO

Se produce en pacientes que han sufrido un traumatismo violento en la cara lateral de la pelvis y, especialmente, a nivel del trocánter mayor. Potencialmente graves.

La fractura puede comprometer:

1. Pilar anterior o pubiano.
2. Pilar post. o isquiático.
3. Ambos pilares a la vez.
4. El fondo de cotilo.

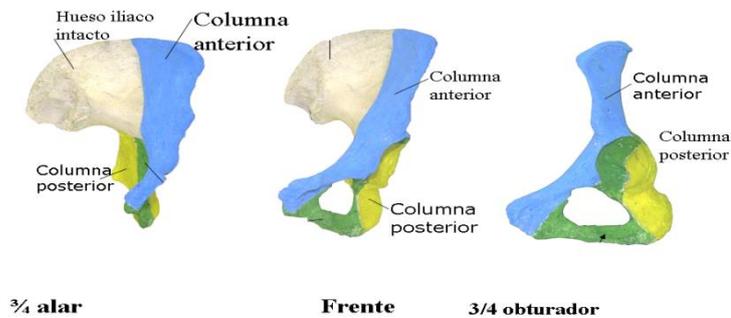


### Recuerdo anatómico

El cotilo o acetábulo es una cavidad hemiesférica en la cara lateral del hueso iliaco, en la confluencia de sus tres porciones (ileon, isquion y pubis). Está recubierta en su mayor parte de cartílago articular.

Formado por dos columnas y por dos paredes, anterior y posterior. Se distinguen a su vez cuatro cuadrantes: superior o techo, post. y dos inferiores. El techo constituye la zona portante o de apoyo en extensión, mientras que el cuadrante post. lo es en flexión.

- a. Columna anterior (iliopubiana): frágil, no transmite cargas y tiene dirección oblicua.
- b. Columna posterior (ilioisquiática): gruesa, resistente, dirección vertical, idónea para osteosíntesis. Forma un ángulo diedro de 60° con la columna anterior.
- c. Muro o pared anterior.
- d. Muro o pared posterior.
- e. Techo.



### Mecanismo de producción

- Indirecto: choque de la cabeza con la ceja.
  - Traumatismo sobre rodilla (flex/ext de la cadera)
  - Traumatismo sobre trocánter mayor

La cabeza puede quedar:

- En cotilo (fractura acetabular pura).
- Luxada (fractura- luxación).
- Intrapélvica (por rotura de lámina cuadrilátera). La de peor pronóstico.

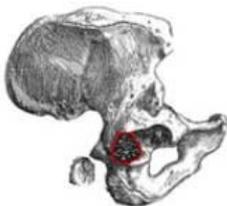
Puede ser<sup>1</sup>:

1. **Traumatismo sobre la rodilla** (fractura de cotilo, pero la cabeza sigue en su sitio). Con el sujeto sentado provoca una fractura de la pared posterior.
  - a. Sujeto sentado + posición neutra = fractura pared post.+ luxación post. (conductor).
  - b. S.S. + abd 10-15° + flexión 100° = fractura de la columna post.
  - c. S.S. + abd 50° = fractura transversa + profusión acetabular.
  - d. S.S. + abd 20° = fractura de ceja post + luxación post. pura.
2. **Traumatismo sobre trocánter mayor** (influye Rotación y abd. Cuello):
  - a. Rot. 0-25° = FRs TR y 2Cols.
  - b. Rot. ext > 25° = Pared/ C. ant.
  - c. Rot. int. 40° = Pared/ C. post.

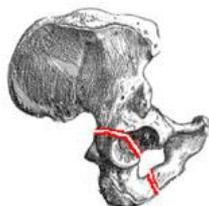
### Clasificación fracturas acetábulo (LETOURNEL- AO)

- **Tipo A:** compromiso de la columna
  - A1: pared posterior
  - A2: columna posterior
  - A3: pared anterior y/o columna anterior

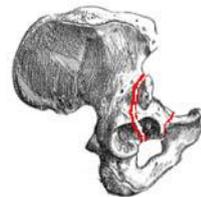
**A1**



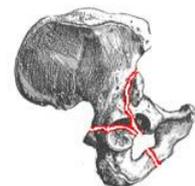
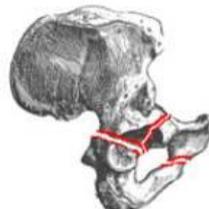
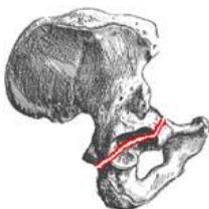
**A2**



**A3**



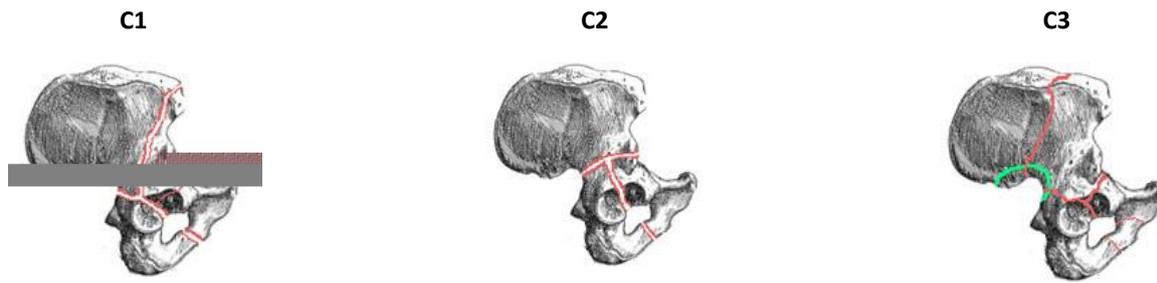
- **Tipo B:** componente transversal: el techo del cotilo o parte de él permanece unido al hueso iliaco. Fractura transversal.
  - B1: transversa con o sin compromiso de la pared posterior
  - B2: fracturas en T
  - B3: pared o columna anterior con fractura hemitransversa posterior



- **Tipo C:** Fractura de ambas columnas. Todos los componentes articulares se desprenden del ileon.
  - C1: columna anterior con proyección hacia la cresta iliaca.
  - C2: columna anterior con proyección hacia el borde anterior del hueso iliaco
  - C3: fractura proyectada hacia la articulación sacroiliaca

---

<sup>1</sup> No entra



## Clínica

1. Escasa sintomatología local. Aparatosa cuando se luxa (peligro en politraumatizados). A veces, acortamiento + rotación externa
2. Movilización de cadera posiblemente dolorosa.
3. Hematoma local (En ocasiones, Morel- Lavallée)
4. Shock!
  - a. Hemorragias
  - b. Roturas viscerales
  - c. Roturas vasculares.
5. Ileo paralítico.
6. Lesiones del plexo lumbo-sacro y n. ciático (c. p. externo = 10-35%)
7. Otras lesiones esqueléticas (ej. Columna, rótula, luxación de rodilla)

## Diagnóstico

1. Anamnesis
2. Rx. simple:
  - Proyecciones A-P pelvis: valorar integridad de las líneas ilio e isquipectíneas y rebordes anterior y posterior del acetábulo. ¡En todo politraumatizado!
  - Proyecciones oblicuas (alar, obturatriz).
3. TAC: de elección: apreciación de fracturas poco desplazadas y valoración del estado de la lámina cuadrilátera. Es la prueba que mejor devine el estado de las paredes y determina con gran precisión los fragmentos intraarticulares.
  - Congruencia o no articular.
  - Fragmentos.

## Tratamiento

- 1) **Politraumatizado:** estabilización hemodinámica y ventilatoria. Si hay luxación de cadera, reducción inmediata.
- 2) **Tto. conservador:** en fracturas no desplazadas, mal estado general del paciente, infección local, edad avanzada u osteoporosis.
  - Tracción esquelética supracondílea con el miembro sobre férula de Braun 6-8 semanas.
  - Tres meses de descarga con fisioterapia y ejercicios.
- 3) **Tto. quirúrgico:**
  - Incongruencia cabeza- acetábulo.
  - Luxación irreducible.

- Lesiones vasculares y abiertas.
- Déficit neurológico progresivo.

### **Complicaciones**

1. Necrosis avascular: más en las tratadas qx. Hasta el año y medio postqx.
2. Coxartrosis 50%: 6-8% y hasta el 50% en las tratadas incorrectamente
3. Osificaciones paraarticulares: 35% tratadas qx.
4. Parálisis ciáticas postquirúrgicas.
5. Tromboembolismo: profilaxis

### **Factores negativos**

Edad > 40, intensidad trauma, lesiones asociadas de cabeza, complicaciones intraoperatorias, etc

¡REDUCCIÓN ANATÓMICA DE LA FRACTURA!