

DIFICULTADES EN REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE FRACTURA PERTROCANTÉREA EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CARIBAY VARGAS REVERÓN, CLARA CHIMENO PIGRAU, RICARDO VEGA CROKER, JESÚS NARVÁEZ SALDIVIA, GUILLEM CLARET GARCIA, PILAR CAMACHO CARRASCO
Unidad de Traumatología. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Clínic, Barcelona. Universidad de Barcelona

INTRODUCCIÓN

En fracturas del macizo trocantéreo del fémur son esenciales una reducción adecuada y una fijación satisfactoria para conseguir un resultado óptimo. Habitualmente se logra con medios externos como la mesa de tracción, pero en pacientes con amputaciones distales de extremidades inferiores, suponen un reto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años con amputación supracondílea femoral bilateral tras múltiples complicaciones por panarteritis nodosa y osteoporosis grave por tratamiento prolongado con corticoides, con diagnóstico de fractura desplazada pertrocantérea de fémur derecho tras caída de silla de ruedas. Se optó por un enclavado endomedular con las dificultades sobreañadidas para el posicionamiento en mesa de tracción y reducción cerrada. Se desestimó la colocación de Steinmann o AK en el muñón ipsilateral por la osteoporosis y antecedente de infección previa en muñón (MRSA). Se posicionó en la mesa ortopédica con el muñón no afecto vertical sobre pernera, para facilitar la obtención de imágenes en proyección axial y la aplicación de tiras de vendaje adhesivo (Tensoplast®) en el muñón afecto fijadas a los brazos de la mesas de tracción (ipsilateral para tracción y contralateral para control de rotación). Se realizó un enclavado endomedular corto sin incidencias intraoperatorias.



FIG 1. POSICIÓN EN MESA ORTOPÉDICA CON EL MUÑÓN NO AFECTO VERTICAL SOBRE PERNERA, MUÑÓN AFECTO FIJADO Y TRACCIONADO CON TIRAS DE VENDAJE ADHESIVO (TENSOPLAST)

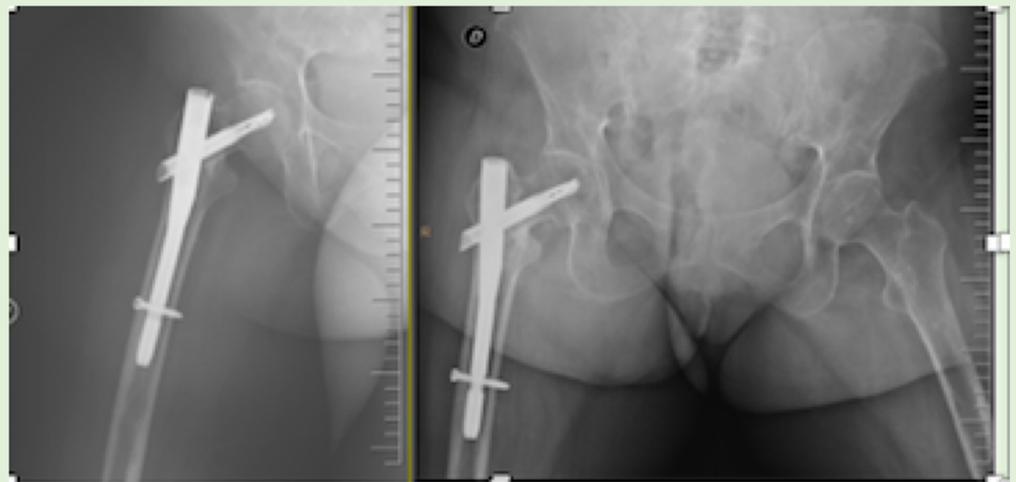


FIG 2. RADIOGRAFÍA AP Y AXIAL INICIAL. FRACTURA PERTROCANTEREA DE FEMUR DERECHO 31A1

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con alineación óptima y consolidación en los controles radiológicos en el seguimiento a un año.

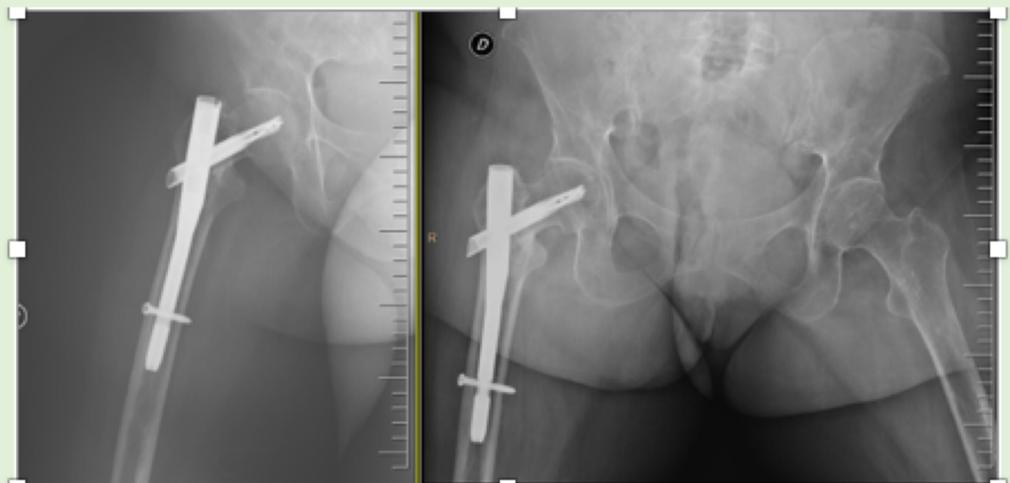


FIG 3. RADIOGRAFÍA AP Y AXIAL. SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO A UN AÑO. SIGNOS DE CONSOLIDACIÓN DE LA FRACTURA

CONCLUSIÓN

La reducción y fijación interna adecuadas en las fracturas del fémur proximal requieren la aplicación de tracción y control rotacional, que habitualmente puede conseguirse en la mesa de tracción. En pacientes con amputación ipsilateral distal en la extremidad fracturada, la colocación y las maniobras de reducción son dificultosas y el reto es aún mayor en el caso de amputación transfemoral bilateral. La bibliografía al respecto es escasa. En este trabajo, se presenta una técnica sencilla y eficaz para el posicionamiento y la reducción cerrada de estas fracturas en pacientes con amputación transfemoral bilateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aqil et al. A simple technique to position patients with bilateral above-knee amputations for operative fixation of intertrochanteric fractures of the femur: a case report. Journal of Medical Case Reports 2010, 4:390
2. Berg AJ, et al. Neck of femur fracture fixation in a bilateral amputee: an uncommon condition requiring an improvised fracture table positioning technique. BMJ Case Rep 2014.