

Clavo cefalomedular, de rutina... pero no exento de complicaciones

Victor Sanna Vásquez, Helena Gómez Santos, Cristina Ruiz Juretschke, Fernando Cabanes Villajos, Marta González Martín Benito.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos

OBJETIVOS

Exponer y describir un caso de complicación poco frecuente en un procedimiento de rutina.

MATERIAL Y METODOLOGIA

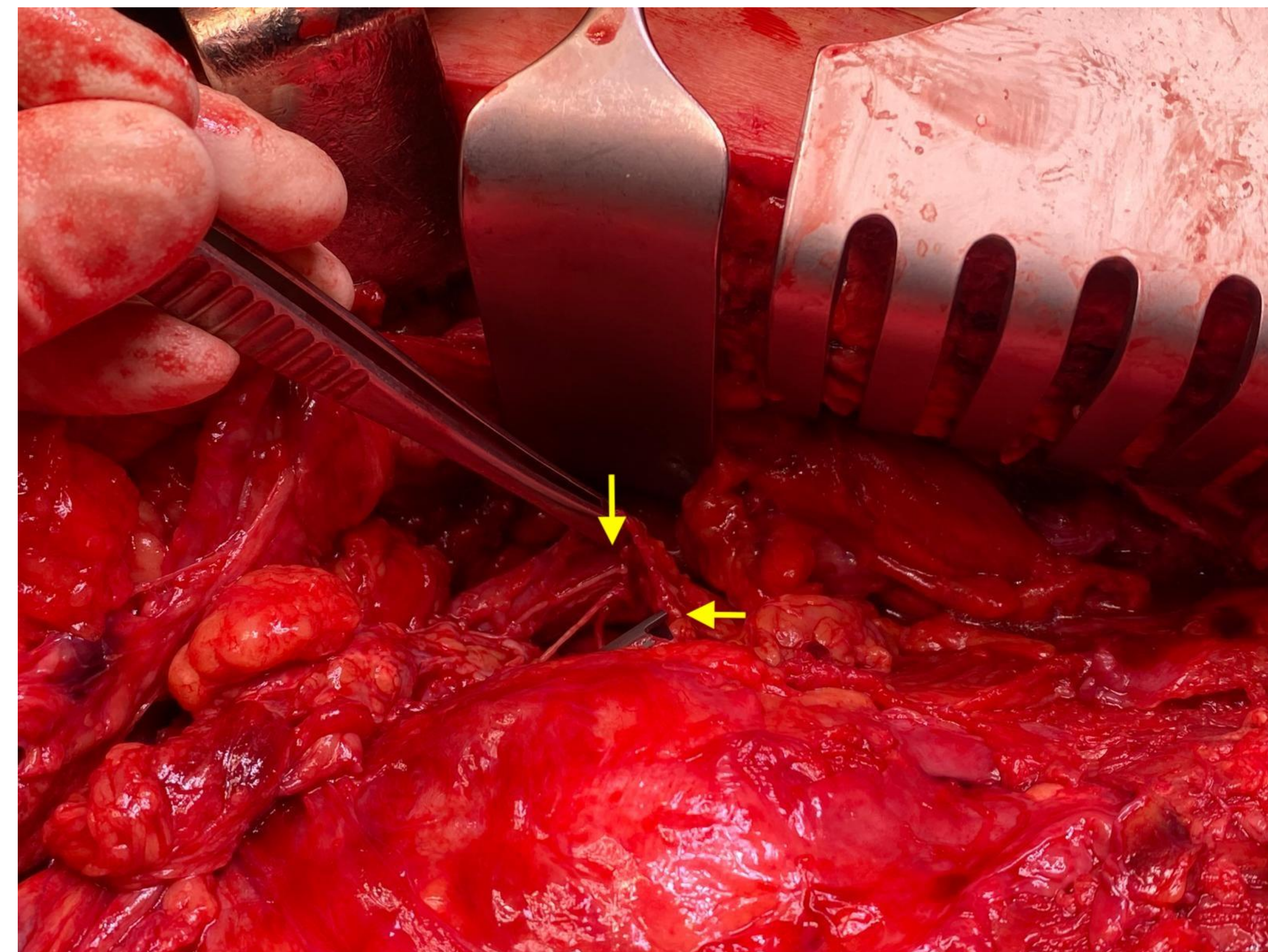
Describimos el caso de paciente de 88 años con fractura pertrocantérea de fémur derecho. Se realiza osteosíntesis con clavo cefalomedular. Tras la intervención en el postoperatorio inmediato la paciente presenta extenso hematoma y sintomatología neurológica periférica correspondiente a lesión en territorio del nervio ciático.



RESULTADOS

TC control informa de contacto del extremo proximal del clavo cefalomedular con el nervio ciático y sección parcial del nervio a nivel del trocánter mayor.

Es reintervenida 15 días después realizando neurorrafia del nervio ciático más interposición de partes blandas sobre extremo proximal del clavo. Permanece 7 días en sedestación por indicación médica. En el postoperatorio inmediato muestra mejoría refiriendo la desaparición del dolor previo.



CONCLUSIONES

El clavo cefalomedular es comúnmente usado en la osteosíntesis de fracturas del fémur proximal en contexto de fracturas intertrocantéricas y subtrocantéricas. Su diseño anatómico y capacidad para distribuir las fuerzas mecánicas a lo largo del fémur contribuyen a una consolidación ósea efectiva y recuperación funcional óptima.

Tiene un uso establecido debido a los buenos resultados y a que su técnica quirúrgica es agradecida con el cirujano. Generalmente es seguro y efectivo, aunque puede estar relacionado con algunas complicaciones.

Dentro de las más comunes:

- Infección
- No unión o mala consolidación
- Lesiones vasculares o nerviosas durante la inserción del clavo
- Fractura periprotésica
- Desplazamiento del clavo (Cut in/ cut out, telescopaje)

La lesión del nervio ciático es poco frecuente y poco descrita, este pudiera lesionarse por:

- 1) Compresión directa del nervio por el clavo o por las estructuras alrededor de la cadera durante la colocación del implante.
- 2) Manipulación o tracción excesiva durante la cirugía.
- 3) Inflamación postoperatoria de los tejidos circundantes.
- 4) Colección infecciosa o hematoma cerca de la cadera que pudiera presionar al nervio causando dolor o disfunción.

En nuestro caso fue debido a laceración mecánica del nervio producida por el extremo proximal del clavo.

Se ubicó el nervio ciático, se realizó aspiración y drenaje del hematoma, neurorrafia directa y posterior cobertura del extremo proximal del clavo con partes blandas.