



PASANDO POR EL ARO. ENCERROJADO EXPEDITO SOBRE ENCLAVADO PREVIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Escribano-Roca, FJ; Rodríguez-Rodríguez, A; Carreño-Felices, MJ; García-Cañas, R; Bernácer-López, JL.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de paciente con antecedentes de múltiples fracturas, en el que se reinterviene una fractura de meseta tibial sobre fractura previa, con presencia de un enclavado endomedular también previo y fractura de cabeza de peroné ipsilateral.

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 43 años que refiere haber trabajado como policía en su país de origen, con antecedentes traumáticos de:

- Enclavado endomedular izquierdo de fémur por accidente de tráfico.
- Enclavado endomedular derecho de tibia por otro accidente de tráfico.
- Fractura de meseta tibial izquierda.
- Placa de osteosíntesis en peroné distal derecho.
- Placa de osteosíntesis en clavícula izquierda.

Sufre un nuevo accidente de tráfico en vía pública, presentando:

- Fractura en meseta tibial derecha (Shatzcker II) sobre fractura antigua.
- Fractura estallido metafisodiafisaria en tibia derecha sobre implante previo.
- Fractura metafisaria de peroné proximal derecho.
- Fractura no desplazada en clavícula derecha.
- Fracturas costales múltiples.

Es trasladado a nuestro Hospital donde ingresa a cargo del Servicio de Traumatología, tras ser valorado por el de Urgencias, quien descarta patología aguda concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS

72 horas después es intervenido mediante reducción abierta y fijación interna de la fractura en meseta tibial derecha con placa y tornillos, acompañada de injerto de hidroxiapatita mineral, reteniendo el clavo previo y utilizando el orificio proximal del mismo para realizar un encerrojado expedito sobre el mismo, con tornillo en función antirrotatoria desde la placa.

RESULTADOS

A los 10 días, se sustituye férula inguinopédica a ortesis articulada bloqueada a 30° hasta completar 3 semanas. Permaneció 3 semanas más con bloqueo a 60° de flexión. Posteriormente inició carga parcial asistida. Actualmente deambula en carga parcial con 2 muletas (20/02), sin complicaciones.

CONCLUSIONES

- La adaptación de la técnica quirúrgica a los antecedentes del paciente y a las técnicas empleadas previamente es clave para resolver los problemas quirúrgicos.
- La retención del implante previo y su fijación con tornillo de bloqueo antirrotatorio disminuyó el tiempo y la agresión quirúrgica.
- El resultado funcional fue similar al estado basal del paciente.

