

FRACTURAS DE CUELLO Y DIÁFISIS FEMORALES IPSILATERALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



Eduardo Duque Renedo, Isidro Burón Álvarez, Íñigo San José Pardo,
Carlos Alberto Mora Simón, José David Pérez López



INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de cadera son una de las fracturas más comunes en nuestro medio, siendo el riesgo de sufrirla a lo largo de la vida del 40-50% en mujeres y del 13-22% en hombres. La aparición de fracturas combinadas de cuello y diáfisis femorales no es común, pero cuando ocurre plantea situaciones de difícil manejo. Se asocia con traumatismos de alta energía donde la zona más afectada es la diáfisis femoral, mientras que el cuello sufre menor desplazamiento por lo que puede pasar desapercibida junto con otras lesiones asociadas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Varón de 54 años con traumatismo en extremidad inferior derecha tras accidente de tráfico con dolor e impotencia funcional a dicho nivel. La radiografía muestra fractura diafisaria tercio medio fémur derecho (AO32B3) así como fractura basicervical sin desplazamiento (AO31B3) del mismo lado (Figura 1).

Intervención quirúrgica: se realiza reducción cerrada y osteosíntesis con clavo de reconstrucción intramedular fresado LFN 10x380 mm con 2 tornillos proximales y 2 distales (Figura 2).

En el control postoperatorio se encuentra fractura en cóndilo lateral articular parcial sin desplazamiento (AO33B1.1) que se sintetiza con 2 tornillos canulados percutáneos en una segunda intervención quirúrgica (Figura 3).

Al mes presenta varización de la fractura del cuello de fémur y se procede a retirada del clavo LFN y posterior enclavado con PFNA largo con aumentación de la cabeza femoral (Figura 4). La evolución es satisfactoria y se logra consolidación de las fracturas.

A los 2 años de esto, se realiza extracción del material de osteosíntesis por molestias del paciente como probable causa el enclavado. Tras 10 años se lleva a cabo artroplastia total cadera derecha por coxartrosis secundaria a la fractura.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4

RESULTADO:

El paciente es capaz de caminar sin dolor ni ayuda de soporte externo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las fracturas ipsilaterales de fémur plantean dos problemas principalmente.

Primero, el diagnóstico de fracturas ocultas: de un 2.5 al 6% de los pacientes con fracturas en diáfisis femoral presentará una fractura de cuello femoral ipsilateral, que si pasa desapercibida supone un riesgo de necrosis avascular, por lo que debe tenerse presente ante cualquier fractura diafisaria femoral tras accidente de alta energía.

Y segundo, el tratamiento con una estrategia de síntesis con 1 o 2 implantes, sin que haya un consenso en la actualidad sobre qué método es mejor, pero sabiendo que si elige 1 implante los clavos anterógrados cefalomedulares modernos son mejores que los de reconstrucción ya que permiten mayor compresión, y que debe lograrse una reducción de la fractura basicervical perfecta, cerrada o abierta, evitando desplazamiento en varo como ocurrió en este caso, objetivo que se consigue con mayor frecuencia con el uso de dos implantes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ostrum RF, Tornetta P, Watson JT, Christiano A, Vafek E. Ipsilateral Proximal Femur and Shaft Fractures Treated With Hip Screws and a Reamed Retrograde Intramedullary Nail. Clin. Orthop. Relat. Res. 2014;472:2751-8.
2. Alborn Y, Abunimer A, Abuodeh Y, Salameh M, Kayali H, Ahmed G. The surgical outcomes of fixing ipsilateral femoral neck and shaft fractures: single versus double implants fixation. Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol. 2023;33:1613-8.