

Solución de la fractura y de la coxartrosis

JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ANDRES BASCUÑANA MAS, ANA BELÉN PAGÁN NÚÑEZ, CARMEN GUARDIOLA HERRÁEZ, JUAN ANDRÉS GONZÁLEZ GARCÍA
Hospital clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

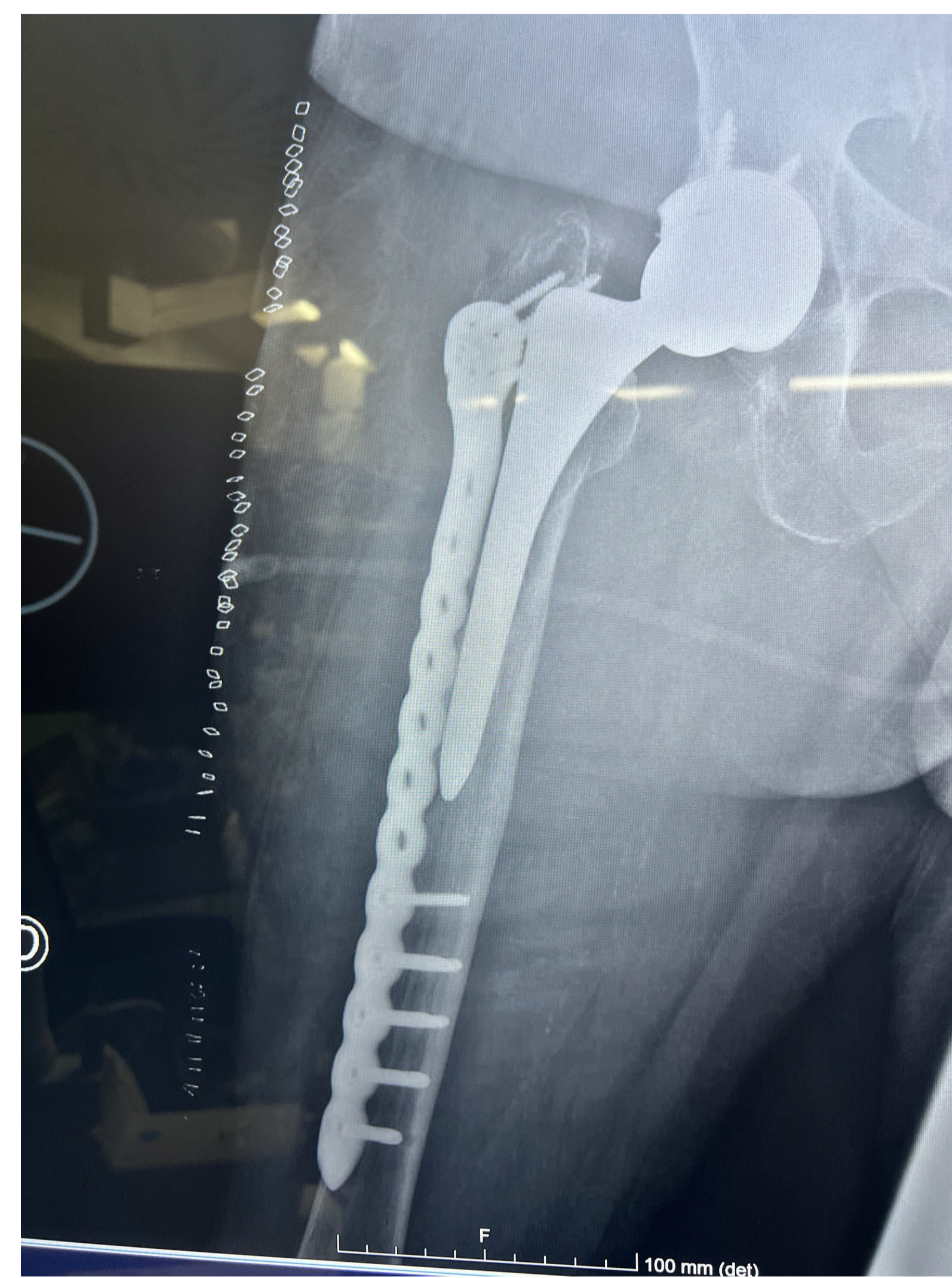
Presentamos el caso de un varón de 42 años, con antecedente de Artritis reumatoide juvenil, que remitió a los 12 años de edad, con secuela de coxartrosis severa bilateral. En seguimiento por Rehabilitación y Reumatología, con dolor inguinal, caderas con flexión bilateral muy limitada, así como abducción y aducción y rotación externa e interna, se ofreció cirugía de remplazo total de cadera que desestimó por su edad.

HISTORIA ACTUAL:

Refiere dolor cadera izquierda tras caída accidental al girarse y caerse en el aseo de su domicilio.

Dolor e impotencia funcional de cadera izquierda. Miembro inferior acortado y en rotación externa. Limitación severa de la movilidad de ambas caderas. Sin compromiso neurovascular distal.

En Radiografía simple se observa fractura de tercio proximal de fémur con extensión a zona subtrocantérica. Se realiza un TC con reconstrucciones para la planificación quirúrgica.



Material y metodología

En urgencias se realiza tracción transesquelética femoral con control escópico satisfactorio.

Resultados

En un primer tiempo se realiza en decúbito lateral abordaje subvasto lateral manteniendo la fascia del vasto íntegra, observando fractura subtrocantérea con 4 fragmentos y consiguiendo una reducción abierta con dos cerclajes en hueso y fijación con placa con tornillos unicorticales planos y tulipa, con 3 cerclajes placa/hueso, una vez asegurada la reducción se amplía el abordaje posterolateral de cadera, observando anquilosis de la articulación coxofemoral con osteofitos en acetábulo posterior, medial e inferior. Se realiza corte cervical in situ y luego se luxa la cadera para el fresado de cotilo y su implantación con polietileno con ceja posterior y posteriormente fresado e implantación de vástago largo, en diáfisis 200, para sobrepasar trazo de fractura y cuello corto, se comprueba estabilidad correcta y cierre por planos. Sin incidencias.

Conclusiones

En este caso, nos planteamos realizar en la misma cirugía la implantación de una prótesis total de cadera por los antecedentes y la edad del paciente a la vez que realizamos la reducción abierta y fijación interna de la fractura subtrocantérea con placa y cerclajes, en vez de realizar un tratamiento quirúrgico más habitual como hubiera sido la fijación con clavo largo intramedular y en un futuro solucionar la coxartrosis.