

“El que tiene broca, se equivoca”. Pseudoaneurisma femoral iatrogénico tras enclavado endomedular, a propósito de un caso.

Carreño Felices, MJ; Velasco Vaquero, F; Areta Fernández, J; Martínez González, A; Escribano Roca, FJ.
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, Centro Sanitario de Vida y Esperanza – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

OBJETIVO

Descripción y estudio de un caso clínico y revisión de la literatura relacionada.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

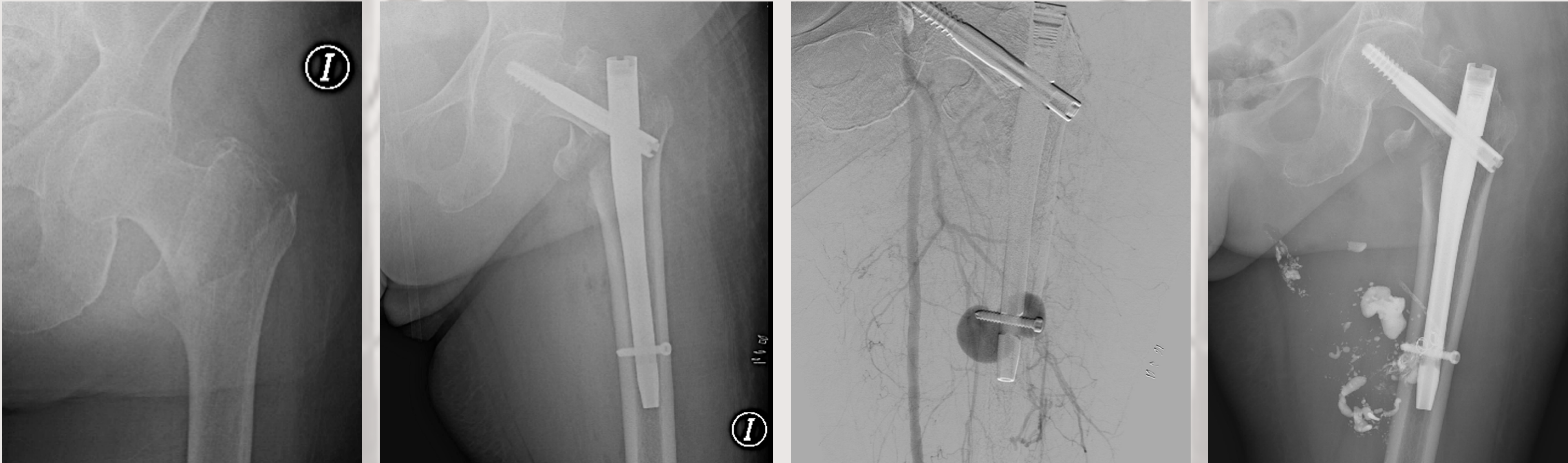
Paciente mujer de 85 años que acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor y limitación funcional de cadera izquierda tras caída accidental. Con impresión diagnóstica de **fractura pertrocanterea de fémur izquierdo** (31A2).

RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente mediante reducción cerrada y fijación interna con **enclavado endomedular** (Gamma 3, Stryker).

A los nueve días, presenta una anemia importante y aumento del tamaño del muslo izquierdo. Se realiza un **angioTC**, apreciándose un *“hematoma en el tercio proximal-medio del fémur, con sangrado arterial activo”* y una **arteriografía**, objetivando un *“gran pseudoaneurisma dependiente de la rama muscular de la arteria femoral profunda”*.

Se **emboliza** el saco aneurismático y la rama aferente, con mejoría de los parámetros analíticos y la sintomatología.



CONCLUSIONES

- Para **reducir las fracturas** extracapsulares de extremo proximal de fémur, se debe realizar **tracción, aducción y rotación interna**, aproximando los vasos femorales al fémur. Siendo la distancia media entre la arteria femoral superficial y la diáfisis femoral de: 25 mm en neutro, 18 mm en aducción y 14 mm en aducción y rotación interna.
- El **pseudoaneurisma femoral** es una complicación infrecuente en el tratamiento quirúrgico de las fracturas pertrocanterea de fémur, siendo más frecuente la afectación de la arteria femoral profunda.
- La **etiología** más frecuente es la perforación con la broca en la implantación del tornillo de bloqueo distal (en excesiva aducción y rotación interna) y, con menor frecuencia, fracturas desplazadas de trocánter menor, uso de tornillos excesivamente largos, cerclajes o separadores.
- El **diagnóstico por imagen** debe incluir una ecografía (para descartar TVP) y confirmarse mediante una arteriografía, siendo el angioTAC el método de elección. El tiempo diagnóstico medio es de 1-2 meses, pudiendo retrasarse hasta los 4-8 años.
- El **tratamiento** puede realizarse mediante: reparación directa quirúrgica, embolización, implantación de stents o uso de agentes trombosantes y esclerosantes.
- Para **disminuir la incidencia**, una vez colocado el implante, se debe **rectificar la aducción y rotación interna**, utilizar **brocas cortas o con tope** para el encerrojado distal y colocar adecuadamente los **cerclajes y separadores**.

