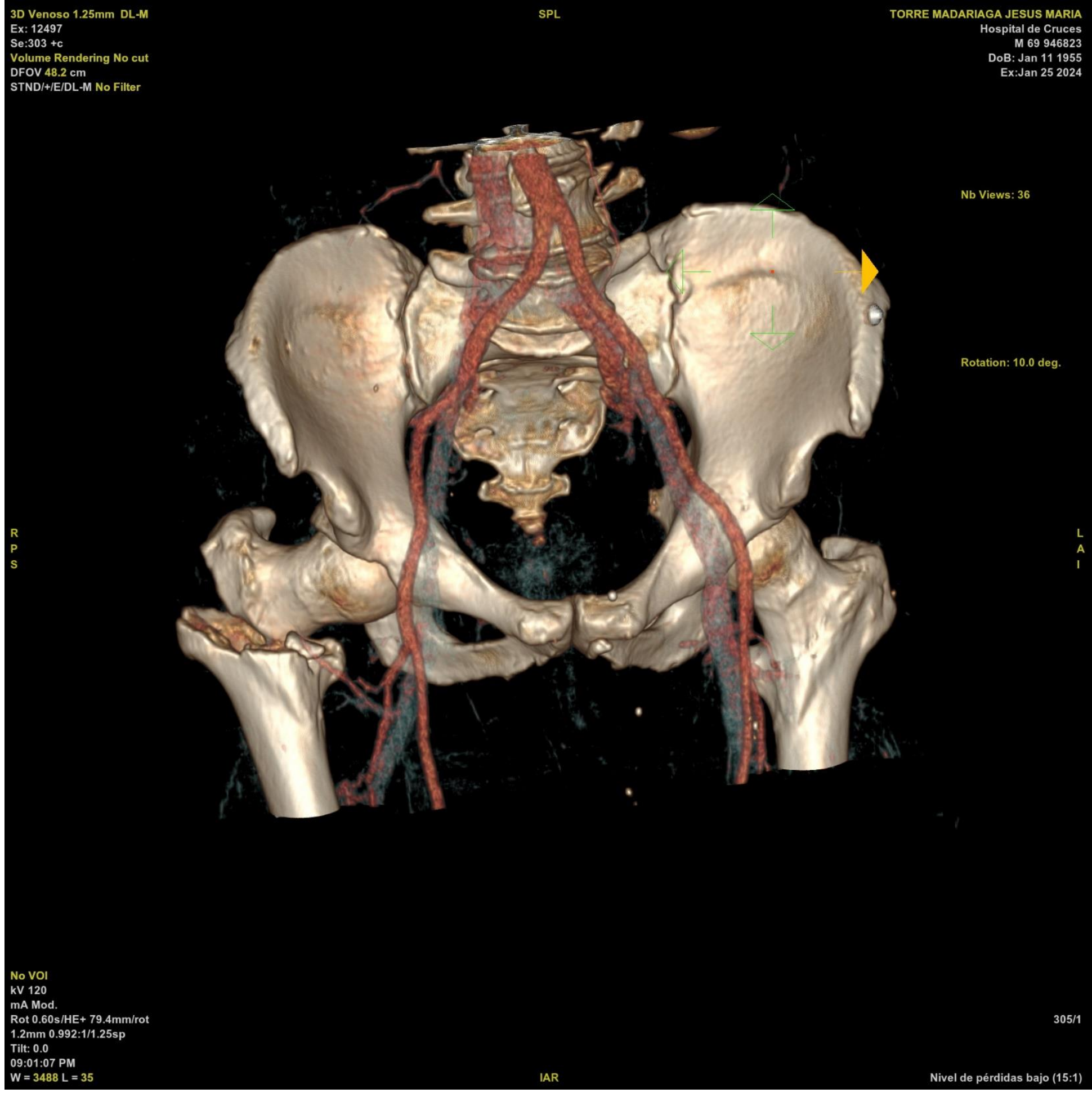


# TORNILLO PLACA DINÁMICO Y PLACA DE ESTABILIZACIÓN TROCANTÉREA COMO RESCATE ANTE FALLO DE REDUCCIÓN DE FRACTURA PERTROCANTÉREA DE CADERA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

CRISTINA PAREJA FRADE, ROCÍO PRIETO MARTÍN, IÑIGO ZUBIETA GONZALO, JULIAN ZHANG CHEN, ÁNGELA MARINA ALLES GARCÍA



Las fracturas intertrocantéreas femorales han cobrado mayor importancia debido al envejecimiento de la población mundial. Están relacionadas con una alta morbilidad y mortalidad así como con un elevado costo al sistema sanitario. Son muchos los factores que contribuyen a la inestabilidad, incluyéndose la extensión subtrocantérea, fractura del cóncavo posteromedial o insuficiencia del muro lateral. OBJETIVOS: Proponer el sistema tornillo placa dinámico como una opción válida en fracturas intertrocantéreas con patrones inestables como rescate ante el fracaso de reducción y osteosíntesis mediante clavo intramedular.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón 69 años, politraumatizado tras caída de cinco metros de altura. Presenta, entre otros, fractura pertrocantérea inestable de fémur izquierdo (AO/OTA 31-A2). Se realiza reducción cerrada en mesa de tracción y osteosíntesis con clavo endomedular proximal. Intraoperatoriamente no se logra una reducción adecuada de la fractura, pero por inestabilidad hemodinámica se decide finalizar y planificar un segundo tiempo quirúrgico. Se realiza extracción de material de osteosíntesis, reducción abierta provisional con agujas K, relleno de defecto trocantéreo con aloinjerto óseo, fijación interna mediante tornillo placa dinámico y placa de estabilización trocantérea y cerclaje de descarga en glúteo.



CONCLUSIONES:  
El tornillo placa dinámico debe asociarse a una placa de estabilización trocantérea para prevenir el colapso de la fractura. Aunque los estudios biomecánicos apuntan a una superioridad de los clavos intramedulares, la técnica empleada en nuestro paciente parece confirmarse como una alternativa válida ante el fracaso previo de una reducción y osteosíntesis con clavo.

## RESULTADOS:

A las 6 semanas de la intervención, el paciente recupera la funcionalidad parcialmente, con ausencia de dolor a la sedestación y movilizaciones. A los 3 meses se aprecia consolidación casi completa de la fractura con buena tolerancia a la deambulación asistida. A los 6 meses se aprecia consolidación total del foco con recuperación del nivel de actividad pre fractura.