

Fractura bifocal bifemoral en paciente politraumatizado

M. Moya Martínez, A. Gil Martínez, ME. Caballero Garzón, G. García García, C. Hernández Pascual
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Salamanca)

INTRODUCCIÓN

Presentar el manejo de un politraumatizado y polifracaturado, con fractura bifocal de ambos fémures.

CASO CLÍNICO

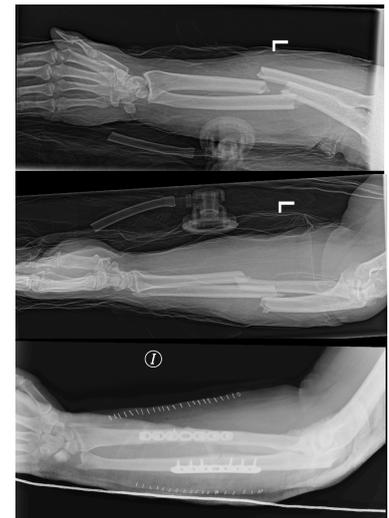
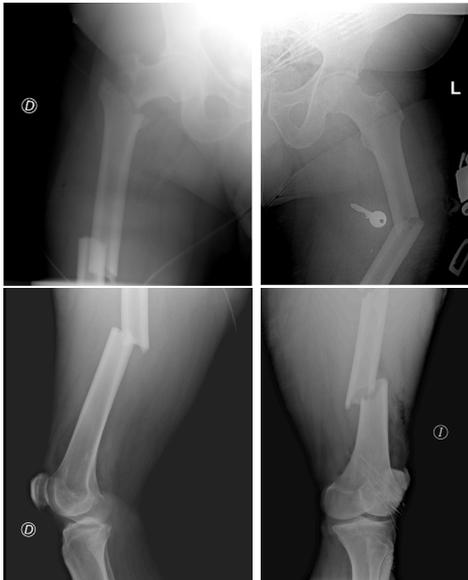
Varón de 49 años, camionero, obeso y fumador activo, que sufrió accidente de tráfico con salida de la vía.

PRUEBRAS COMPLEMENTARIAS

Diagnosticado mediante BodyTC de politraumatismo con múltiples lesiones viscerales y fractura diafisaria bifocal transversa de fémur izquierdo, fractura peritrocantérea y diafisaria transversa de fémur derecho, fractura de rótula izquierda y fracturas diafisarias de cubito y radio izquierdos.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE

Dada la inestabilidad hemodinámica durante el ingreso en UVI, se procedió al enclavado femoral bilateral urgente con clavos cefalomedulares largos estáticos y osteosíntesis de la rótula. Días después, la reducción abierta y fijación interna con placas LC-DCP en el antebrazo.



POSTOPERATORIO

Tras 10 días en la UVI logró su estabilización definitiva, pasando a COT 8 días más, hasta conseguir sedestación bien tolerada. Fue dado de alta sin complicaciones, en descarga absoluta de ambos miembros inferiores.

Al mes, se permitió la carga parcial de ambos miembros inferiores y se retiró la férula braquio-antebraquial izquierda.

A los 3 meses, la evolución clínica y radiológica fue favorable, con consolidación completa del fémur derecho y cúbito y radio izquierdos, salvo retardo de la consolidación en la fractura diafisaria de fémur izquierdo, por lo que tratado con magnetoterapia.

A los 11 meses mostró signos consolidación completa de todas sus fracturas, sin complicaciones salvo leves molestias en ambos trocánteres. Dada su relativa juventud y actividad laboral, se propuso para la retirada de ambos clavos femorales.

CONCLUSIONES

Las fracturas femorales constituyen fracturas graves por la anemización que conllevan, que puede llegar a ser crítico en trazos bifocales y/o politraumatismo. Su manejo quirúrgico precoz contribuye a la estabilización hemodinámica y a facilitar su manejo en críticos. Los clavos cefalomedulares fresados y estáticos, al igual de que los de reconstrucción, son ideales en trazos femorales proximales donde el encerrojado proximal diafisario está contraindicado o no es posible. El retardo de consolidación ocurre hasta en el 18%, y requiere tratamiento mediante magnetoterapia o dinamización del clavo (si es posible), para evitar la pseudoartrosis.