

# 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

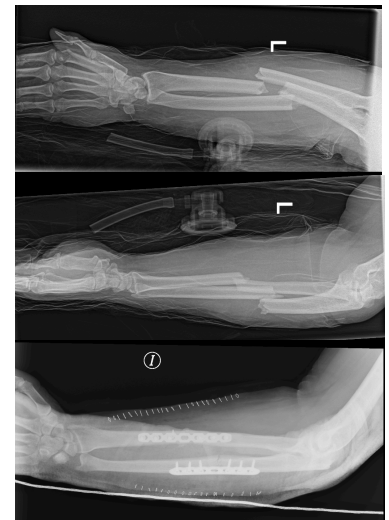
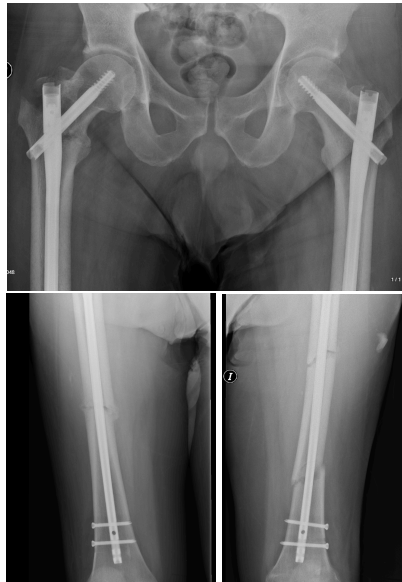
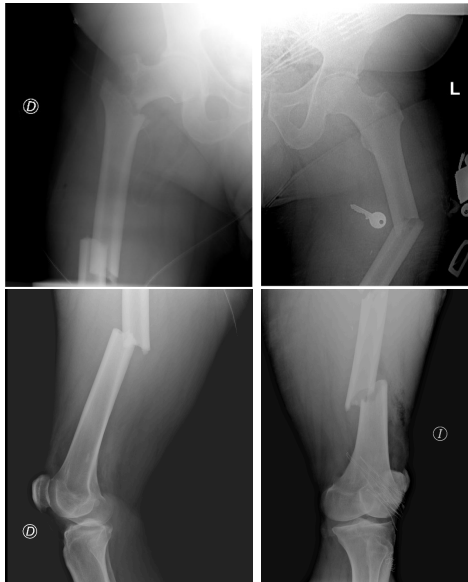
Varón de 49 años, camionero, obeso y fumador activo, que sufrió accidente de tráfico con salida de la vía.

### PRUEBRAS COMPLEMENTARIAS

Diagnosticado mediante **BodyTC** de politraumatismo con múltiples lesiones viscerales y fractura diafisaria bifocal transversa de fémur izquierdo, fractura pertrocanterea 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.