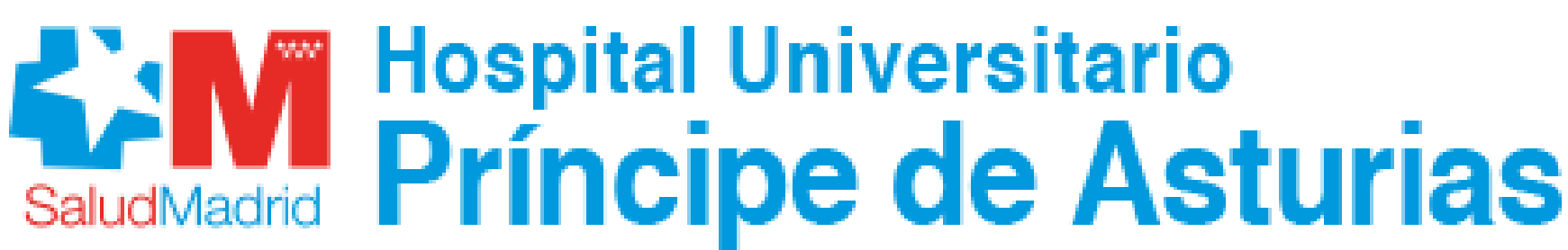


# Pandiafistitis femoral tras enclavado endomedular: A propósito de un caso

Juan Moreno Blanco, Raúl García Rodríguez, Mar Ruiz de Castañeda, Alicia Levy Benguigui, Miguel Ángel Plasencia Arriba

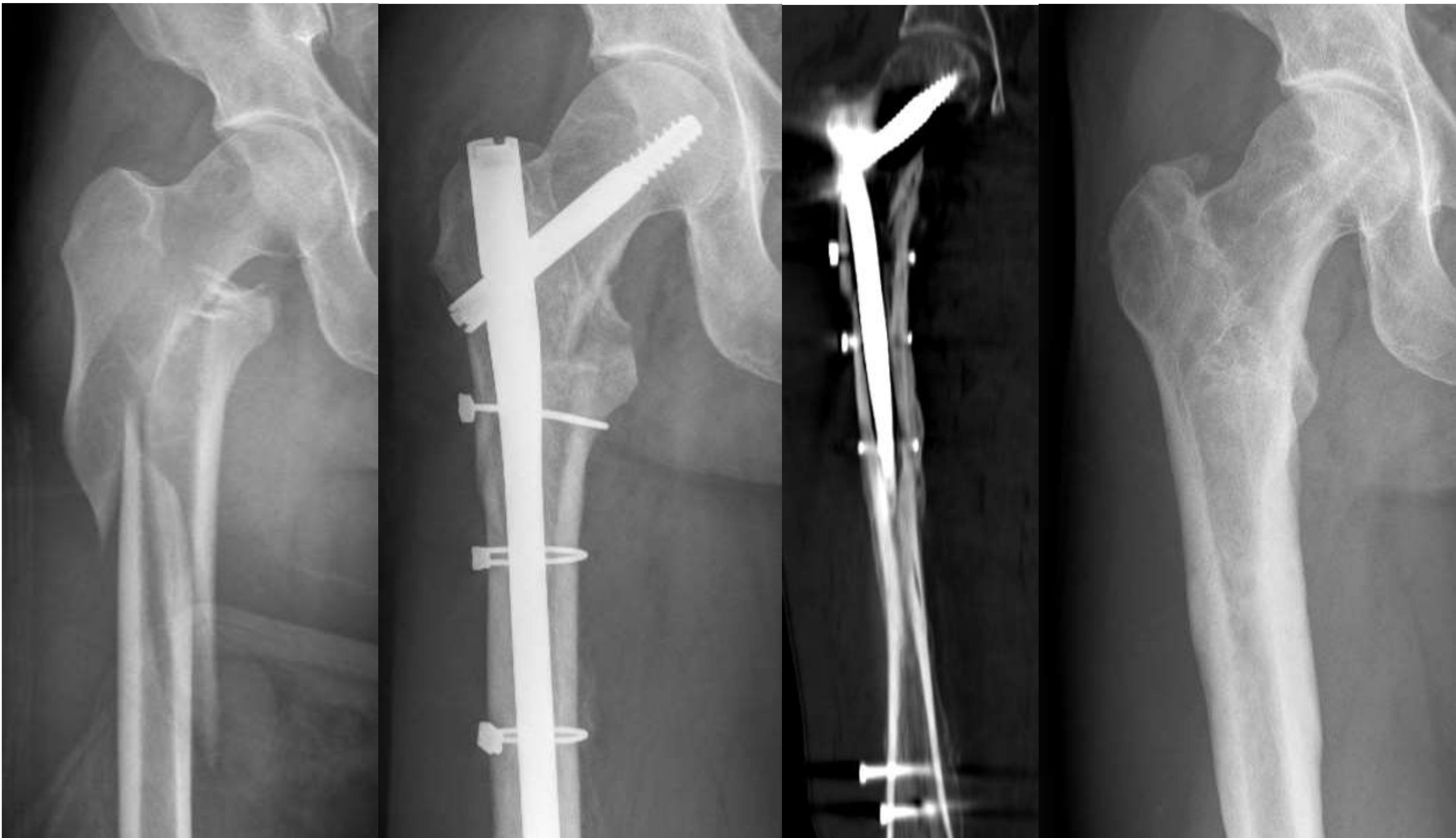


## OBJETIVOS

La osteomielitis es una complicación de difícil manejo que puede llegar a afectar hasta a un tercio de los pacientes con lesiones graves y/o con fracturas abiertas de la extremidad inferior.

## MÉTODOS

Varón de 54 años acude a urgencias con dolor de cadera derecha tras accidente en bicicleta.



## RESULTADOS

A la exploración presentaba imposibilidad para la movilización de la cadera. Neurovascular distal estaba conservado. Se realizaron radiografías dónde se evidenció una fractura subtrocantérea de cadera derecha.

El paciente es intervenido al día siguiente. Se intentó una reducción cerrada sin éxito, por lo que se realizó un abordaje abierto a nivel del foco y una reducción con 3 cerclajes tipo Dall-Milles. Posteriormente se introdujo un clavo endomedular vía anterograda. Se autorizó carga inmediata. La evolución fue favorable.

A los 4 meses acude a urgencias por fiebre y comienzo de dolor difuso en el muslo de 2 semanas de evolución. Se realiza radiografía y TAC de fémur en el que se observa la fractura prácticamente consolidada, pero con una reacción perióstica generalizada alrededor de toda la diáfisis femoral con posible colección adyacente distal. Dada la fiebre y la analítica compatible el paciente es programado para retirada de material y toma de muestras. Se observa salida de pus del tornillo cefálico y de todo el interior del clavo, así como de bloqueos distales. Se realiza fresado del canal con sistema de irrigación aspiración (RIA). La fractura en este momento está prácticamente consolidada salvo un cuarto del margen anterolateral por lo que se realiza suplementación de esa zona con autoinjerto de cresta iliaca.

En los cultivos crece P. Acnes. El paciente es dado de alta con Clindamicina oral cada 8h. La evolución durante los meses subsiguientes es excelente con resolución completa de la infección y reincorporación a la actividad deportiva previa a los 6 meses tras la cirugía.

## CONCLUSIÓN

El tratamiento de la osteomielitis debe individualizarse en cada caso. Es muy importante seguir unas reglas básicas y secuencias temporales definidas basadas en el desbridamiento y la retirada del implante, la identificación del germen, el tratamiento con antibióticos sistémicos en caso de que la fractura este consolidada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ueng SW, Wei FC, Shih CH. Management of femoral diaphyseal infected nonunion with antibiotic beads local therapy, external skeletal fixation, and staged bone grafting. J Trauma. 1999 Jan;46(1):97-103. doi: 10.1097/00005373-199901000-00016. PMID: 9932690.
2. Prasarn ML, Ahn J, Achor T, Matuszewski P, Lorch DG, Helfet DL. Management of infected femoral nonunions with a single-staged protocol utilizing internal fixation. Injury. 2009 Nov;40(11):1220-5. doi: 10.1016/j.injury.2009.06.009. Epub 2009 Jul 7. PMID: 19586625.
3. Reasoner SA, Colazo JM, Tucci J, Cates J, Dahir KM. Chronic femoral diaphyseal osteomyelitis with radiographs initially concerning for Paget disease of the bone. Radiol Case Rep. 2020 Jan 27;15(4):344-348. doi: 10.1016/j.radcr.2019.12.026. PMID: 32153690; PMCID: PMC7056918.

