

# Tratamiento combinado en fractura diafisaria femoral pediátrica

**Autores**

JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ANDRES BASCUÑANA MAS, ANA BELÉN PAGÁN NÚÑEZ, ALBERTO ALLER GARCÍA-ALARCÓN, CARLOS ORTUÑO QUILEZ  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

## Objetivos

Presentar el caso de una fractura compleja diafisaria femoral pediátrica tratada mediante colocación de enclavado intramedular elástico asociado a fijación externa y la actualización en el tratamiento y manejo de este tipo de fracturas.

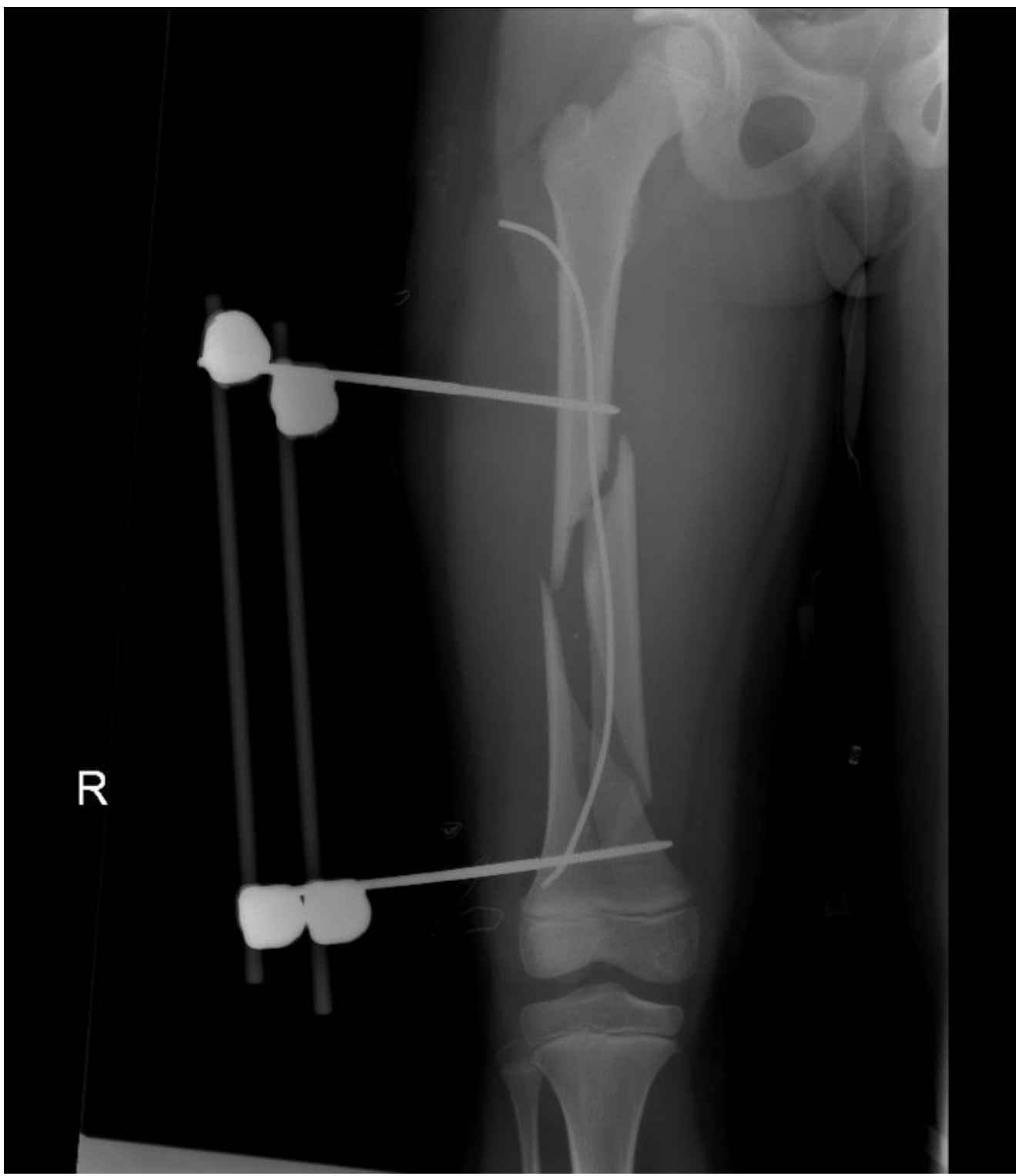
## Material y metodología

Presentamos el caso de una paciente pediátrica politraumatizada que fue tratada de fractura compleja de tercio medio diafisario de fémur derecho con tercer fragmento en ala de mariposa. Se decidió colocación de clavo intramedular flexible asociado a sistema de fijación externa monolateral modular para controlar la estabilidad rotacional y el colapso dada la inestabilidad de la misma.



## Resultados

La evolución de la paciente fue satisfactoria visualizando inicio de formación de callo óseo a los 3 meses, cuando se retiró el fijador externo y se permitió la carga parcial para permitir continuar con la consolidación completa dinamizando el foco al retirar el mismo. Ésta se consiguió al quinto mes postcirugía. El TENS se retiró a los 12 meses con el objetivo de proteger de la refractura ese tiempo.



## Conclusiones

A pesar de que el tratamiento de las fracturas de fémur en el niño es controvertido en la actualidad, la colocación de clavos intramedulares flexibles (TENS) se considera el gold estándar en tratamiento de fracturas pediátricas diafisarias femorales, obteniendo muy buenos resultados en fracturas transversales u oblicuas cortas que asientan en el tercio medio de la diáfisis, que constituyen la mayoría de casos que nos encontramos en la práctica clínica. No obstante en las fracturas complejas femorales pediátricas como son las fracturas conminutas o con gran inestabilidad en el foco fracturario (debido a trazos oblicuos largos, espiroideos o fracturas patológicas), en niños con sobrepeso y en fracturas subtrocantéricas o próximas a la metáfisis distal femoral la síntesis intramedular elástica puede que no sea suficiente para controlar el acortamiento, las angulaciones axiales o rotacionales y puede precisar la colocación adicional de un fijador externo para la estabilización de la misma. Sobre el sistema de fijación externa, lo más recomendable es el empleo de sistemas monolaterales modulares que permitan diferentes configuraciones y con una resistencia intrínseca que proporcione estabilidad suficiente hasta la curación de la fractura.

