

NUNCA SE DEBERÍA SUBESTIMAR UNA FRACTURA PERTROCANTÉREA. LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA

Paulete García A, López-Casero Quiros R (Hospital Universitario del Sureste- Madrid)

OBJETIVOS

Evaluar complicaciones que pueden presentarse tras las fracturas pertrocantéreas, manejar las mal-reducciones, fracaso de osteosíntesis e infecciones en reconversiones a PTC; así como tratarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

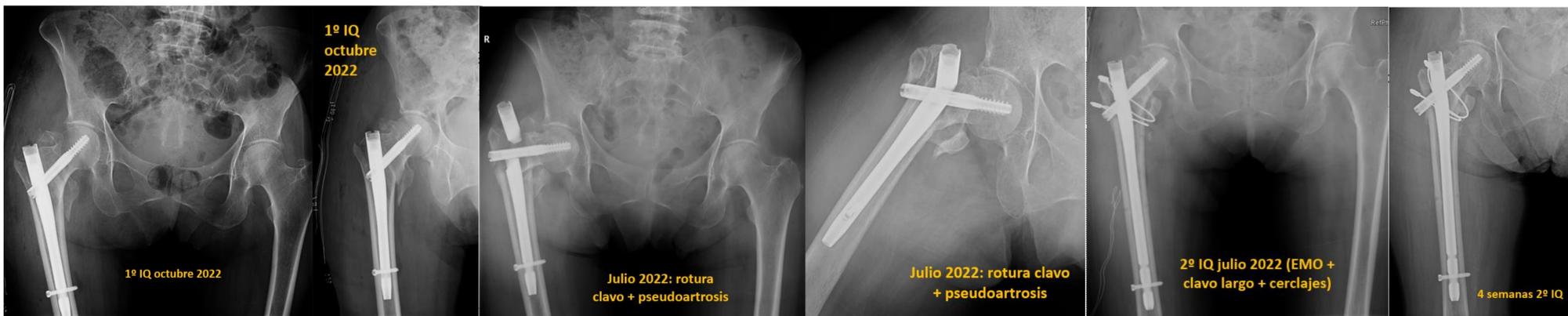
Paciente 69 años que acude en **octubre 2020** a Urgencias con Fractura pertrocantérea fémur derecho. Destaca de su pluripatología basal: déficit formación anticuerpos (en TTO con inmunoglobulinas), Sd crest, Ca Mama, CBP y polineuropatía axonal desmielinizante SM severa.

1ºIQ octubre 2020: RCFI clavo Gamma3 corto, presenta adecuado postoperatorio inmediato autorizando la carga. A los 6 meses presenta leve colapso varo, acortamiento de pierna e insuficiencia glútea, sin consolidación de la fractura. Al año hay progreso del colapso varo en la rx con diagnóstico de Pseudoartrosis de fractura pertrocantérea fémur derecho. Usa andador, presenta disimetría MMII, dolor coxofemoral e institucionalizada.

Julio 2022 acude nuevamente a Urgencias por dolor en cadera derecha tras caída, objetivando en la rx fracaso de osteosíntesis con rotura de clavo femoral a nivel del tornillo cefálico, asociando pseudoartrosis y resorción ósea del cuello femoral.

2ºIQ julio 2022: EMO clavo roto + RCFI clavo gamma largo + cerclajes TM + aloinjerto, autorizándose carga parcial en transferencias. Al mes se aprecia movilización de los cerclajes, desplazamiento secundario y colapso del cuello femoral, sin progresión a los 6 meses pero presentando dolor.

Ante la sospecha de una nueva pseudoartrosis y teniendo en cuenta la edad de la paciente, se realiza **3º IQ marzo 2023** para EMO clavo + reconversión PTC (cotilo doble movilidad cementado + vástago revisión + reconstrucción TM placa-grapa + placa reconstrucción refuerzo puenteando orificio distal clavo.



Hasta el momento, presenta pseudoartrosis no infectada con fracaso de MOS y reconversión a PTC derecha.

Inicialmente buena evolución de herida quirúrgica, a los 3 meses presenta fístula 1/3 medio muslo y exudado purulento, con infección PTC. **4ºIQ julio 2023** realizando EMO placas femorales + DAIR + toma muestras + ATB local 20cc Stimulan® (2g vancomicina + 480mg gentamicina), aislándose 5/5 muestras E.faecalis + P.Mirabilis polisensible con 20 días TTO ATB IV (Meropenem + vancomicina) y posterior desescalada a Amoxicilina/clavulánico con recidiva de fístula. Tras fracaso terapéutico, **5ºIQ agosto 2023** explante PTC (con sarcófago) + extracción cemento acetabular + espaciador FORTCEM 48 CXL cemento-ATB (gentamicina Vanco) + cerclajes cierre sarcófago + nueva toma muestras.

Al mes PO dehiscencia purulenta de herida quirúrgica, además la paciente refiere notar chasquido. La rx muestra fractura periprotésica (periespaciador). **6ºIQ septiembre 2023** realizándose EMO espaciado/cerclajes + Girdlestone + clavo IM CERA recubierto cemento-ATB fijando fractura + toma muestras. Aislándose 4/5 C.Albicans

e iniciando TTO con meropenem + vancomicina x 1 semana, luego anfotericina B + daptomicina x 2 semanas desescalando a Fluconazol x 8 semanas, prolongándose 2 meses más por mala evolución de herida, a lo que se suma la colocación de VAC por abundante drenaje purulento.

Durante el seguimiento junto MIR se detectó que la paciente no estaba recibiendo el tratamiento de inmunoglobulinas, reiniciándose en diciembre 2023.

Tras mala evolución, se decide resección completa del fémur + espaciador hasta la resolución de infección + prótesis tumoral total fémur. Hasta el momento se ha realizado resección completa del fémur esperando resolución de la infección para proceder al 2º tiempo.

CONCLUSIONES

Las mejoras en los materiales han reducido la tasa de no-uniión a un 10-20% en pacientes jóvenes. Las medidas de salvamento de NU en jóvenes están destinadas a conservar la articulación con fijación interna, mientras que en los ancianos se prefiere la artroplastia de cadera. La infección siempre debe ser considerada como causa del fracaso RAFI. En caso de presentarse, es fundamental hacerlas frente con un equipo multidisciplinar y siguiendo un protocolo para un adecuado manejo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Pollmann CT, Dahl FA, Røtterud JHM, Gjertsen JE, Årøen A. Surgical site infection after hip fracture - mortality and risk factors: an observational cohort study of 1,709 patients. Acta Orthop. 2020 Jun;91(3):347-352. doi: 10.1080/17453674.2020.1717841. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31973621; PMCID: PMC8023915.
- Gheshlagh RG, Mohammadnejad E, Jafarnejad M, Sayadi L, Aliramezani A. Factors affecting the incidence of surgical site infections after geriatric hip fracture surgery: a retrospective study during 2017-2020. Przegl Epidemiol. 2023;77(1):34-40. doi: 10.32394/pe.77.03. PMID: 37283251
- Liu J, Xu X, Lv X, Shen G. Correlation between surgical site infection and time-dependent blood platelet count in immunocompromised patients after femoral neck fracture. J Int Med Res. 2022 Jan;50(1):3000605211068689. doi: 10.1177/03000605211068689. PMID: 35098779; PMCID: PMC8801652.
- Durusoy S, Paksoy AE, Korkmaz M, Dağlar B, Elibol FKE. The effect of medullary fill on varus collapse in AO 31A3 intertrochanteric (reverse obliquity) fracture treated with cephalomedullary nails. Orthop Traumatol Surg Res. 2021 May;107(3):102804. doi: 10.1016/j.otsr.2021.102804. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33444822.
- Renard G, Laffosse JM, Tibbo M, Lucena T, Cavaignac E, Rouvillain JL, Chiron P, Severyns M, Reina N. Periprosthetic joint infection in aseptic total hip arthroplasty revision. Int Orthop. 2020 Apr;44(4):735-741. doi: 10.1007/s00264-019-04366-2. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31240360.
- Lopez D, Leach I, Moore E, Norrish AR. Management of the infected total hip arthroplasty. Indian J Orthop 2017;51:397-404.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA