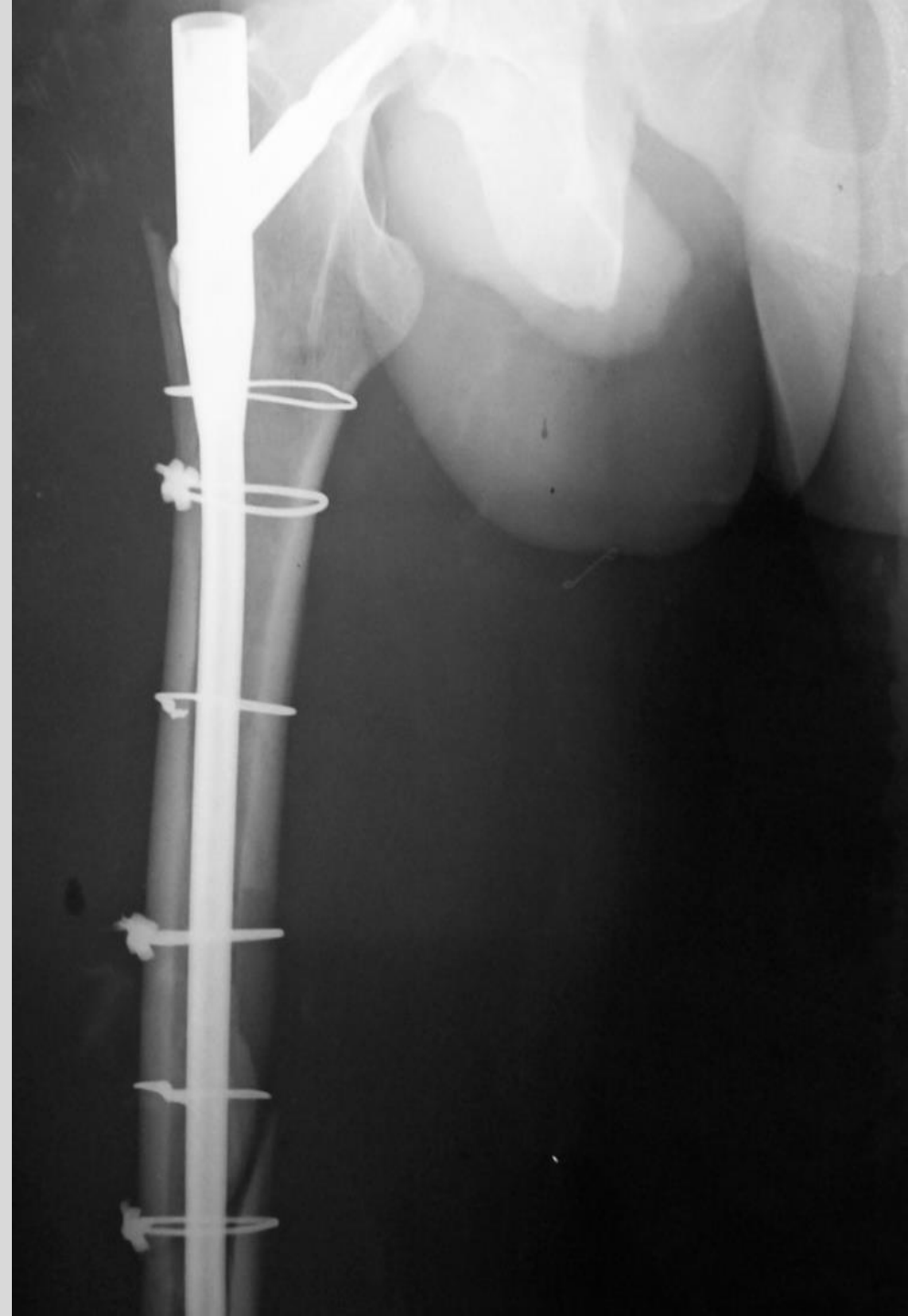


**Reconstrucción de fémur con fractura
diafisaria izquierda secundario a
múltiples complicaciones de la
osteosíntesis con clavo endomedular,
una técnica común que no está
exenta
de complicaciones, reporte de
caso.**

**Autores: Ariel Enrique González Arnedo, Ricardo
Ariel González Hernández, Camila Lucía
Jiménez Ropain**



Introducción

Las fracturas de la diáfisis del fémur, según se describe en la literatura es un clásico dado su prevalencia, se presenta en 10 / 100.000 habitantes, en varones de 14-24 años. Es el tipo de presentación de fractura del miembro inferior más frecuente. (1)

En la actualidad el manejo ortopédico con clavo endomedular es el estándar de oro para el tratamiento de las fracturas de huesos largos, convirtiéndose en el favorito para el manejo de fracturas de fémur diafisarias, sin embargo, a pesar de ser un procedimiento seguro de realizar pueden surgir complicaciones por una inadecuada técnica quirúrgica, por lo cual deben evaluarse factores como:

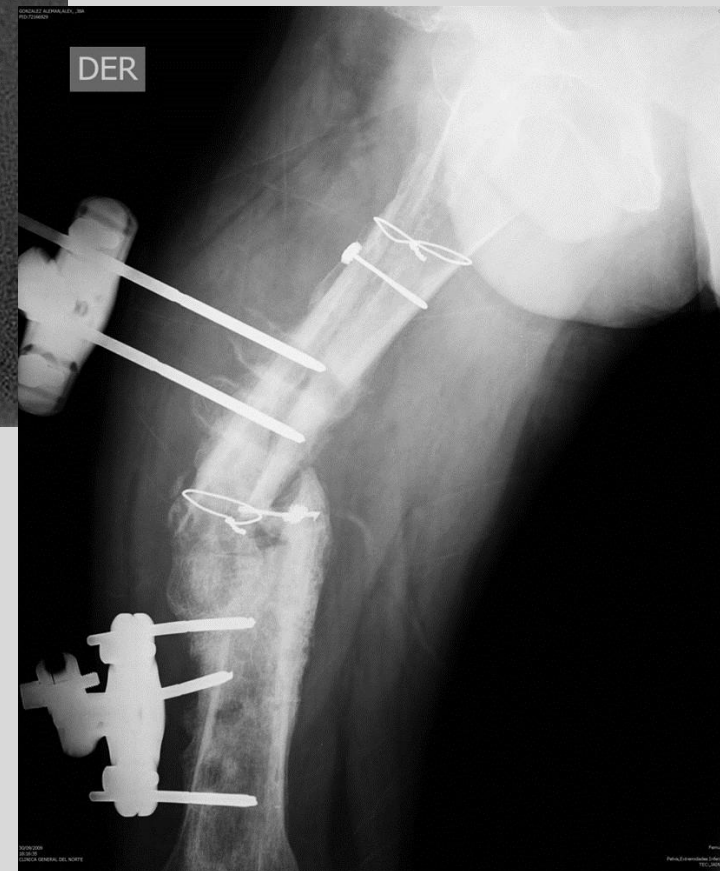
- La dirección del clavado.
- Realización de fresado o no.
- Punto de inicio.
- Elección de técnica de reducción de la fractura.

Para lograr una adecuada consolidación y recuperar rápidamente la funcionalidad de la extremidad afectada, logrando la recuperación del paciente. (2)

REPORTE DE CASO

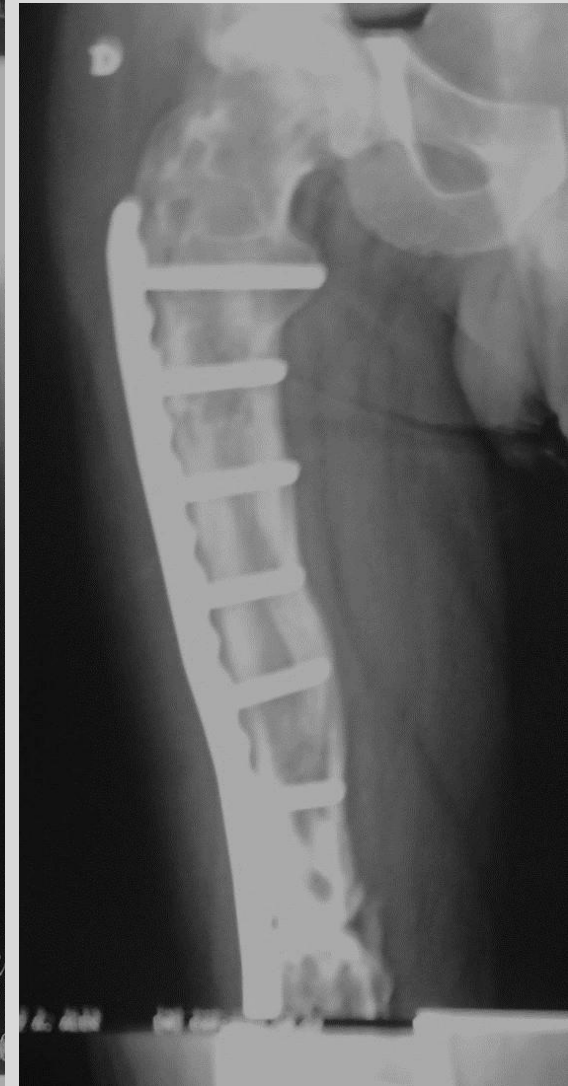
Presentamos el caso de un paciente masculino de 38 años de edad, quien sufrió caída mientras corría en un partido softbol ocasionando fractura diafisaria de tercio medio según la clasificación AO/OTA tipo 32A3, extra institucionalmente se indicó colocación de clavo endomedular anterógrado, durante procedimiento quirúrgico presentó fractura de la cortical lateral debido a esto colocaron cerclaje de alambre circular a diferentes niveles.

Se generaron múltiples complicaciones, entre las cuales se destaca: Pseudoartrosis, osteomielitis según la clasificación Cierny Mayer tipo IV, aflojamiento de material de osteosíntesis, e importante pérdida ósea con falla en la consolidación y angulación de 38°.



REPORTE DE CASO

Posteriormente se trató en nuestra institución las complicaciones descritas, se optó por retiro de material de osteosíntesis, se colocó fijador externo lineal con pines de osteotite de 6.0 mm, se realizó transporte óseo de proximal a distal inicial de 4 cm logrando el contacto con fragmento distal. seguidamente se cambia la configuración de fijador, dando inicio al alargamiento óseo alcanzando 15 cm de longitud (1 mm por día) en un tiempo de 150 días. Posteriormente duró un año con fijador externo en neutralización, luego se retiró colocando placa condilar con técnica MIPÓ, logrando ecualización de miembros, recuperando funcionalidad de la extremidad. A la fecha (12 años) paciente se encuentra con adecuado estado de salud, recuperado totalmente, desempeñando sus labores habituales, manifestando el paciente su satisfacción con el resultado del tratamiento.



DISCUSION

- El gold estándar en la actualidad del manejo de fracturas diafisarias del fémur es el clavo endomedular.
- El ortopedista cuando plantea este tipo de procedimientos debe buscar inicialmente una fijación estable intramedular con adecuado aporte vascular, y técnicas que permitan el alargamiento oseo como fijadores externos.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonnomet F, Clavert P, Cognet J-M. Fracturas de la diáfisis femoral en adultos. EMC - Apar Locomot [Internet]. 2007;40(1):1–26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1286935X07709607>
2. Number N, Díaz GC, Galicia Cornejo MI, Fernando Pérez Viquez A, Elmer S, Soto G, et al. Complicaciones de fracturas diafisarias de fémur tratadas con clavos centromedulares bloqueados. Experiencia en el Centro Médico Naval, México. Acta Ortopédica Mex. 2006;20(1):6–12.
3. Marcela D, Ospina D, Pablo J, Cano M. Tratamiento de la no unión en fracturas diafisarias de fémur con placa antirrotatoria. 2013;27(3):160–5.
4. Won Y, Yang K-H, Kim K, Weaver MJ, Allen EM. Amputated limb by cerclage wire of femoral diaphyseal fracture: a case report. Arch Orthop Trauma Surg [Internet]. 2016 Dec 5;136(12):1691–4. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00402-016-2580-z>