

MALROTACIÓN TRAS ENCLAVADO ENDOMEDULAR DE FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR: DIAGNÓSTICO TARDÍO Y TRATAMIENTO MEDIANTE OSTEOTOMÍA DESROTADORA.

Jiménez Santiago, J.M.; Almagro Gil, M.I.; Requena Sánchez, F.

Hospital Universitario San Cecilio.

Introducción:

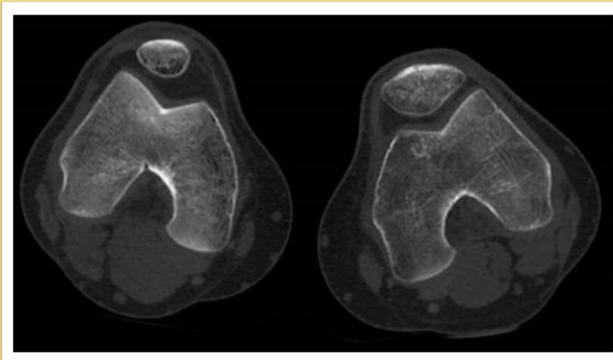
El enclavado intramedular (IM) es el tratamiento estándar para las fracturas diafisarias de fémur en adultos y, aunque las complicaciones son bajas, pueden ocurrir errores en la alineación durante la cirugía dando lugar a una consolidación en mala posición. Durante el tratamiento de fracturas de huesos largos del miembro inferior se debe evitar cualquier deformidad angular que, a medio plazo, provoque fenómenos degenerativos en las articulaciones adyacentes. La deformidad postraumática residual más frecuente es la malrotación, que es difícil de detectar clínica y radiográficamente, pasando a menudo desapercibida.

Objetivos:

Describir el diagnóstico y tratamiento llevado a cabo sobre un caso de malrotación femoral en una fractura diafisaria intervenida mediante enclavado IM.

Métodos:

Paciente de 19 años que presentó una fractura AO 32-C3 tras accidente de esquí interviniéndose mediante enclavado IM fresado y bloqueado. La evolución radiográfica fue satisfactoria hasta los 3 meses de seguimiento cuando se constató una marcha en rotación interna. Se solicitó un perfil rotacional mediante TAC, cuantificando una diferencia de 60° entre la anteversión femoral del lado afecto y el sano. Tras comprobar que la fractura había consolidado, se realizó una osteotomía desrotadora sobre el clavo de fémur.



Resultados:

A las 12 semanas de evolución, la paciente había recuperado la marcha sin deformidad, encontrándose consolidación radiográfica.



Conclusiones:

Después de un enclavado IM de una fractura diafisaria de fémur pueden ocurrir problemas de consolidación en mala posición incluso con la técnica adecuada. Debemos advertir al paciente de una posible reintervención. Los patrones de fractura 32-A3 y 32-C de la AO tienen un mayor riesgo de malrotación. La localización de la fractura influye en la dirección de la deformidad, así como la colocación del paciente para la cirugía. Antes de abandonar el quirófano, el cirujano debe evaluar la longitud, la rotación de la extremidad y realizar una exploración ligamentosa de la rodilla. En el postoperatorio precoz se puede actuar modificando la reducción de la fractura; si el diagnóstico es tardío, requerirá una osteotomía correctora. La planificación preoperatoria con radiografías ortogonales de fémur completo es de gran importancia, así como obtener el grado de malrotación para conseguir una corrección precisa.



Bibliografía:

- Joshua D. Lindsey, MD James C. Krieg, MD. Femoral Malrotation Following Intramedullary Nail Fixation. J Am Acad Orthop Surg 2011;19: 17-26.
- Sánchez Aguilera A.J, Eugenio Díaz J.E, Martín-Vivaldi Jiménez, A. Corrección de consolidación viciosa diafisaria de fémur. Osteotomía en caparazón. A propósito de dos casos. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Abril-Junio. 2016. No 266. Vol. 51.
- David W. Lowenberg. Análisis de las deformidades de las extremidades. AAOS Comprehensive Orthopaedic Review 2. 2014.
- B.C. Navadgi, J.B. Richardson, V.N. Cassar-Pullicino, R.H. Wade. A corrective osteotomy for post-traumatic malrotation and shortening of the femur. Injury, Int. J. Care Injured (2004) 35, 1248—1254.

