

NECROSIS AVASCULAR TRAS AUMENTO DE CEMENTO EN ENCLAVADO INTRAMEDULAR FEMORAL

Ávila López, C.; Ramírez Feito, C.; Herrero Sierra, V.; Guillén Cepedello, P.; Perera Fernández de Pedro, S.; Jiménez Martín, J; Campo Loarte, J.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

La incidencia de fracturas pertrocantericas continúa en aumento en la actualidad y, por tanto, las complicaciones derivadas relacionadas con su tratamiento. Para prevenir desmontajes del material de osteosíntesis debido a la mala calidad ósea de estos pacientes, se han introducido recientemente sistemas de enclavado que permiten aumentar la estabilidad del dispositivo cefálico con cemento de PMMA, con unos resultados preliminares esperanzadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 79 años que ingresa en nuestro centro en octubre de 2011 con diagnóstico de fx pertrocanterea de fémur izquierdo. Fue intervenida implantándose tornillo-placa deslizante a los 3 días de su ingreso. En el postoperatorio inmediato se objetiva desmontaje precoz del material de osteosíntesis, siendo reintervenida a las 6 semanas de la cirugía inicial.

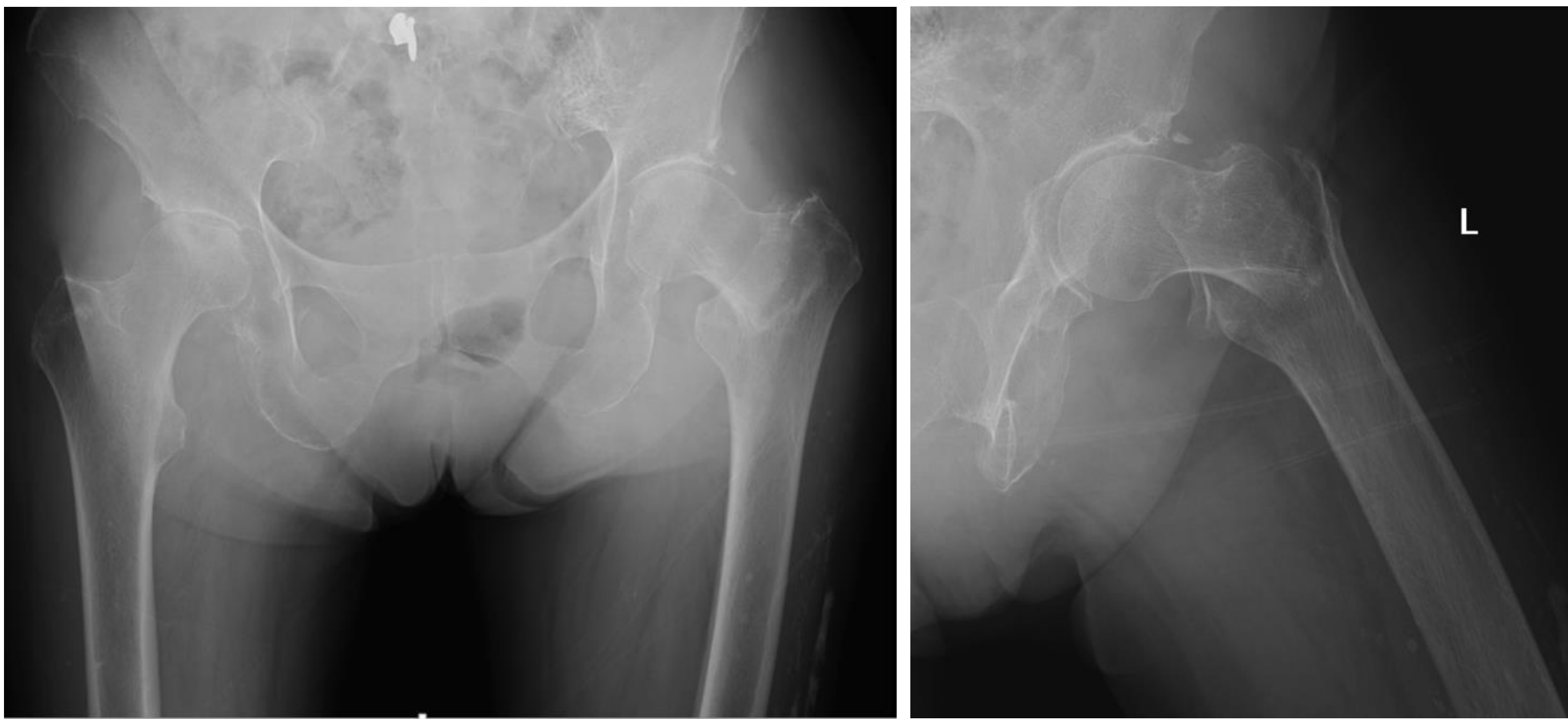


Figura 1. Radiografía inicial en urgencias. AP y axial de cadera izquierda. Se diagnostica de fractura pertrocanterea.

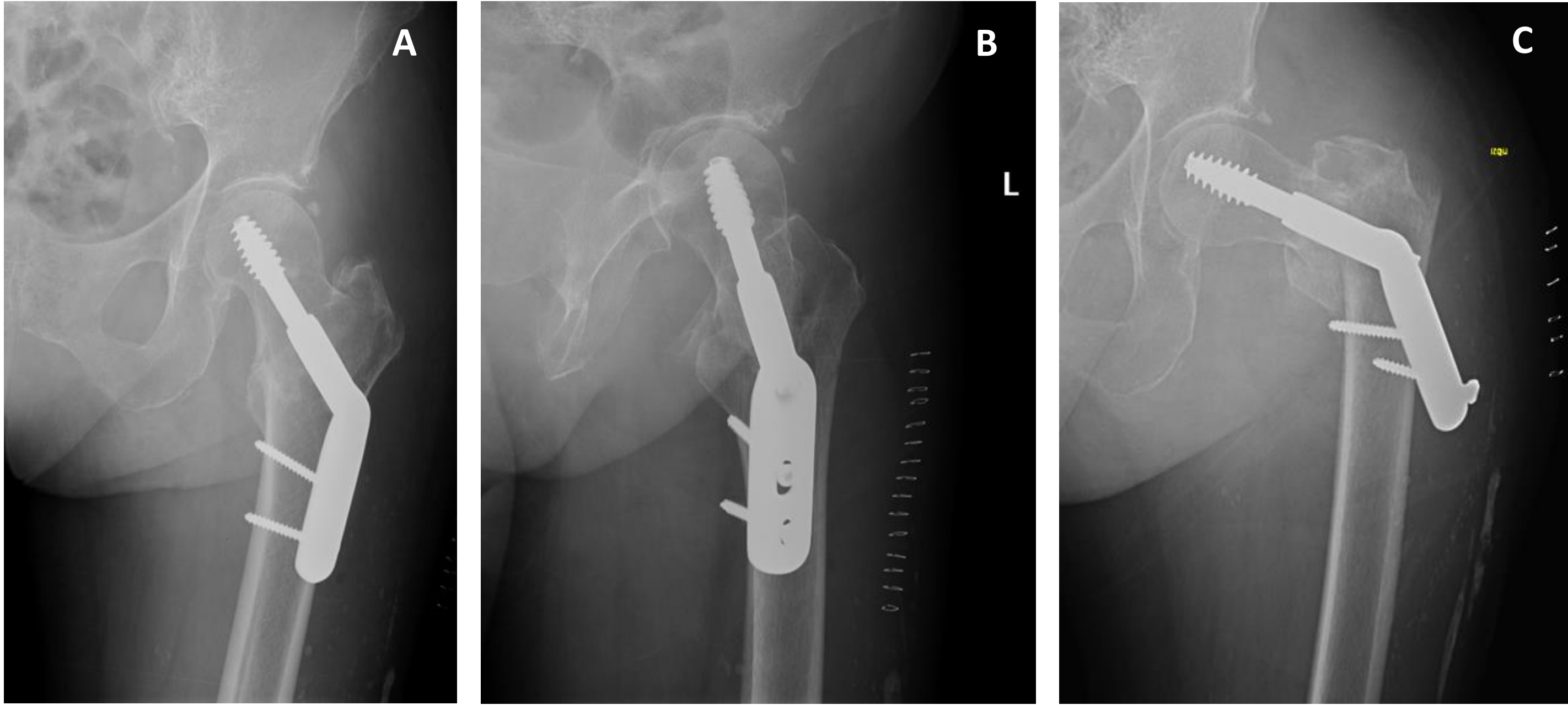


Figura 2. A y B) Radiografía AP y axial AP tras osteosíntesis mediante TPC. C) Radiografía AP tras 6 semanas de evolución, donde se observa el desmontaje de la osteosíntesis.

Se decide retirada del material y reosteosíntesis mediante enclavado intramedular con clavo femoral proximal tipo PFNA con aumento de cemento a través de la lámina espiral. Tras una buena evolución inicial, a los 10 meses de la cirugía la paciente refiere dolor e impotencia funcional progresiva en cadera izquierda. Se objetiva en el estudio radiológico una imagen de colapso de la cabeza femoral, compatible con osteonecrosis. En enero de 2013 se realiza extracción de material de osteosíntesis sin incidencias y artroplastia total de cadera izquierda híbrida, con vástago largo cementado.

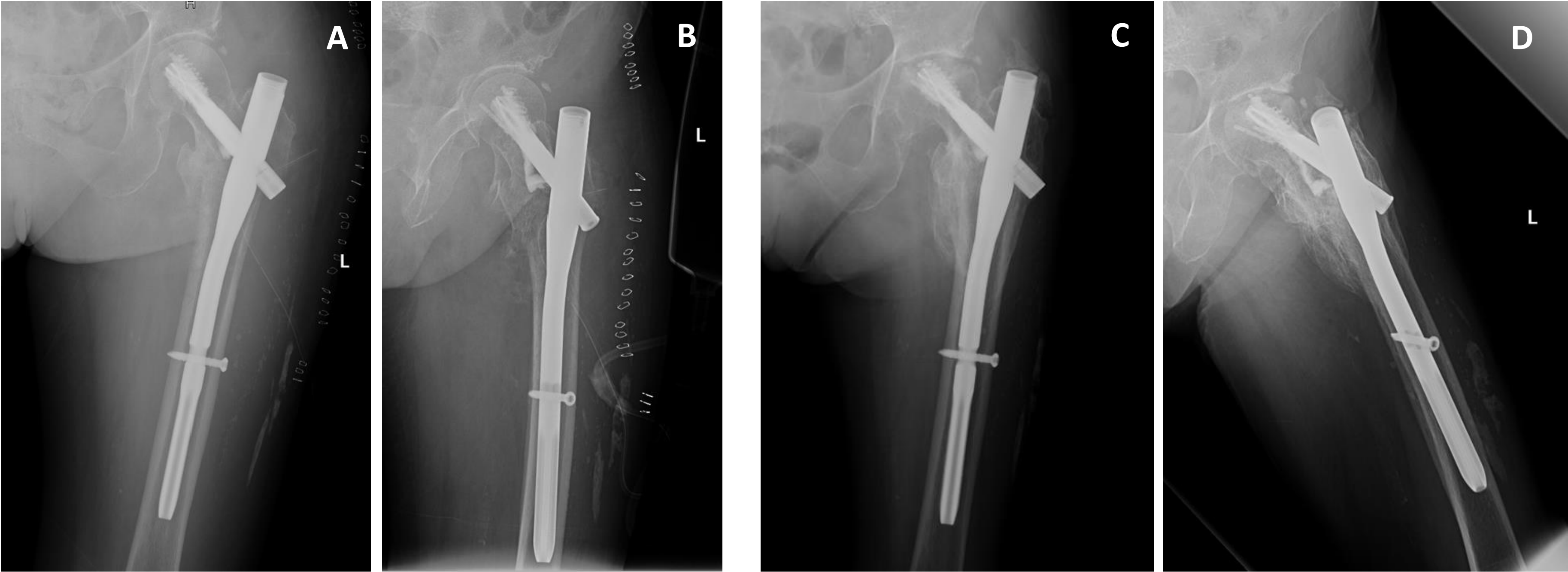


Figura 3. A y B) Radiografía AP y axial AP tras EMO TPC y reosteosíntesis mediante EIM con clavo PFNA con aumentación de cabeza femoral. C y D) Radiografía AP y axial tras 1 año de evolución, donde se observa necrosis ósea avascular de cabeza femoral.

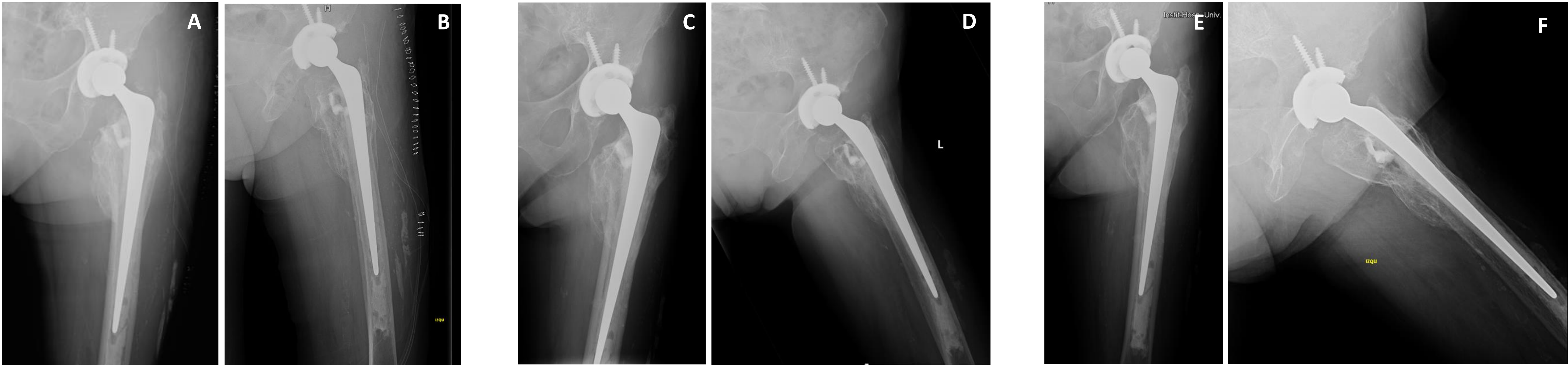


Figura 4. A y B) Radiografía AP y axial AP tras EMO PFNA y artroplastia total de cadera izquierda. C y D) Radiografía AP y axial tras 1 año de evolución. E y F) Radiografía AP y axial tras 4 años de evolución.

RESULTADOS

En la actualidad, 5 años después de la última intervención, la paciente no refiere dolor en la cadera izquierda y realiza deambulación independiente con ayuda de un bastón. Presenta una valoración de 14 puntos en la escala de Merle D'Aubigne.

CONCLUSIONES

La utilización de un aumento de cemento con determinados sistemas de osteosíntesis para las fracturas de cadera ha demostrado ser un sistema seguro, con buenos resultados funcionales. Sin embargo, una de las posibles complicaciones de la cementación es la necrosis ósea por daño térmico. En nuestro caso, no podemos concluir que la causa de la necrosis se deba a la cementación o a la posible insuficiencia vascular derivada de la fractura. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de osteonecrosis femoral proximal como complicación de la aumentación con cemento.