



Fernando López-Navarro Morillo, Juan Fernando Navarro Blaya, Carlos Navío Serrano, Javier Hernández Quinto, Irene Negrié Morales, Eva María Vera Porras.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

Introducción y objetivo

La fijación externa es la primera opción en fracturas abiertas y fracturas conminutas que no permitan el uso de otros materiales. En fracturas pediátricas cerradas, aunque no sea la primera opción en muchos casos, es una alternativa válida, ya que permite llevar a cabo una reducción correcta y estabilización, evitando un acto quirúrgico agresivo y ciertos tipos de materiales que pueden poner en peligro la placa de crecimiento.

Nuestro objetivo consiste en exponer el caso de una fractura suprametáfisaria de fémur desplazada en un niño de 11 años, en la cual, se decide tratamiento quirúrgico definitivo mediante el uso de un fijador externo circular.

Material y métodos

Presentamos a un paciente de 11 años que es traído a nuestro hospital tras ser atropellado por un vehículo. No se refieren antecedentes de interés. A la exploración encontramos deformidad a nivel de fémur distal con dolor a la palpación.

Se realizan radiografías en dos proyecciones de fémur, observando una fractura suprametáfisaria de fémur desplazada, por lo que se decide colocación de férula crurpédica a la espera de tratamiento quirúrgico definitivo.

Resultados y discusión

Tras 6 horas de ayuno se procede a la intervención quirúrgica. Bajo control escópico se realiza reducción cerrada y fijación de la fractura con fijador externo circular (TrueLok) con aro completo distal metafisario, fijado con 2 agujas de Kirschner tensadas con olivas, quedando a suficiente distancia de la fisis.

En cuanto a la parte proximal, se coloca un aro incompleto 3/8, fijado con dos fichas de 4mm con 3cm de hidroxiapatita. Posteriormente, se solidarizan ambos aros con 3 Struts rápidos, que se fijan inmediatamente después de conseguir una correcta reducción de la fractura bajo control escópico.

Las fracturas desplazadas en los niños pueden tratarse con reducción abierta y fijación interna; o bien reducción cerrada, asociada a inmovilización ortopédica, fijación interna percutánea, o fijación externa. La fijación externa es la primera opción en fracturas abiertas y fracturas conminutas que no permitan el uso de otros materiales.

En este caso, se prefirió la fijación externa dada su menor agresividad para evitar cualquier riesgo sobre la fisis de crecimiento



Conclusión

La fijación externa es una alternativa válida en el tratamiento definitivo de fracturas suprametáfisarias de fémur desplazadas. Permite una reducción anatómica del foco de fractura, así como una movilización y apoyo precoz, a la vez que disminuye el riesgo de dañar la fisis de crecimiento con respecto a otros métodos de fijación interna.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

Bibliografía:

1. I. Lahoti O, Arya A. Management of Orthopaedic Injuries in Multiply Injured Child. Indian J Orthop. octubre de 2018;52(5):454-61.
2. Zhang Y-T, Jin D, Niu J, Li Z-J, Fu S, Zou Z-L. A meta-analysis of external fixation and flexible intramedullary nails for femoral fractures in children. Acta Orthop Belg. diciembre de 2016;82(4):673-80.
3. Sigrist EJ, George NE, Koder AM, Gwam CU, Etcheson JJ, Herman MJ. Treatment of Closed Femoral Shaft Fractures in Children Aged 6 to 10: J Pediatr Orthop. diciembre de 2018;1.

