



Fernando López-Navarro Morillo, Juan Fernando Navarro Blaya, Carlos Navío Serrano, Gregorio Valero Cifuentes, Alonso Escudero Martínez, Antonio Ondoño Navarro.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

OBJETIVO

Exponer el caso de un varón, que sufre un accidente de tráfico y presenta una fractura abierta (tipo I de Gustilo) del tercio medio de fémur desplazada, asociada a una luxación compleja de codo y una fractura de la extremidad distal de radio desplazada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a un paciente de 46 años que es traído a nuestro hospital tras sufrir un accidente de tráfico. Tras estabilizarlo, se procede a la realización de pruebas complementarias, siendo diagnosticado de una fractura abierta de fémur desplazada, luxación compleja posteromedial de codo derecho, siendo inestable a 60° de flexión, y una fractura conminuta del extremo distal de radio. Se decide realizar intervención quirúrgica urgente, mediante cirugía de control de daños.

Se procede a realizar reducción cerrada y fijación de la fractura de fémur, bajo control escópico y utilizando un fijador externo con dos fichas proximales y otras dos fichas distales, de 6mm. Una vez colocadas todas las fichas, se procede a la distracción del foco de fractura, y una vez que se consigue la reducción anatómica se procede a bloquear el fijador.

A continuación, se reduce la luxación de codo, y se coloca un fijador externo, estabilizándolo a 90° de flexión con dos fichas proximales de 4mm en húmero (abordaje lateral, disecando hasta visualizar hueso), y dos fichas distales de 4mm en cúbito proximal.

Por último, se puentea este mismo fijador con una barra a dos fichas de 3mm colocadas en el segundo metacarpiano, como tratamiento temporal de la fractura de extremo distal de radio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los pacientes politraumatizados es necesaria una valoración por diferentes especialistas. Una vez que el paciente se encuentra estable, es recomendable realizar un TC de todo el cuerpo, para poder priorizar lesiones y tomar decisiones terapéuticas.

En el caso concreto de las luxaciones de codo, el uso de un fijador externo articulado permite la movilización del mismo dentro del rango de estabilidad, lo que evita el desarrollo de rigideces articulares, tan temidas en nuestra especialidad.

Como se comentó anteriormente, a la hora de colocar las fichas humerales, es recomendable realizar un miniabordaje para evitar dañar el nervio radial, que discurre desde la cara posterolateral a la cara anterior del codo, a unos 5cm del epicóndilo.

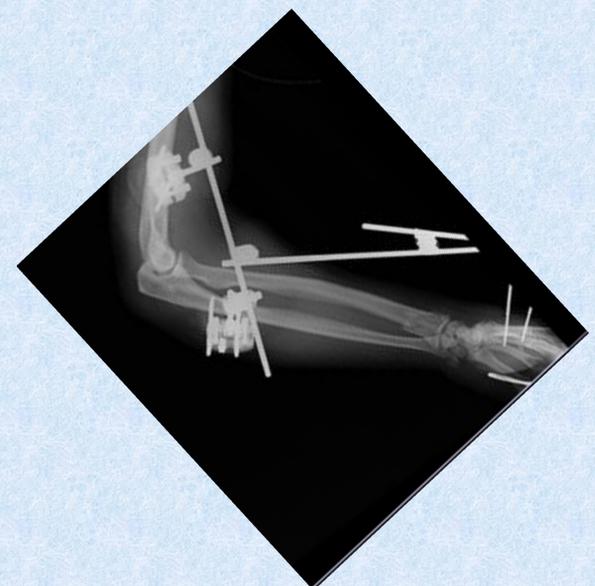
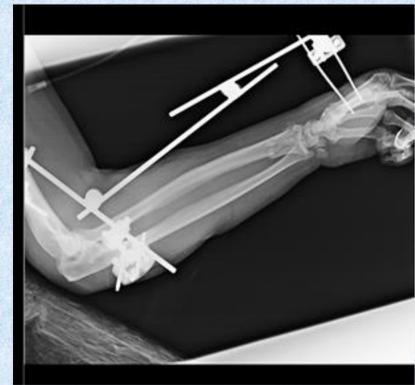
AGRADECIMIENTOS

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.

CONCLUSIONES

La cirugía de control de daños debe ser una intervención rápida y eficiente. La fijación externa permite una estabilización poco agresiva, rápida, y eficiente. Estas tres características la convierten en un método terapéutico idóneo en casos de cirugías de control de daños, que requiere una actitud centrada en los aspectos más importantes y que requieran de un tratamiento urgente, aunque sea una alternativa temporal

ICONOGRAFÍA



Bibliografía:

1. Giannicola G, Polimanti D, Bullitta G, Sacchetti FM, Cinotti G. Critical time period for recovery of functional range of motion after surgical treatment of complex elbow instability: prospective study on 76 patients. Injury. marzo de 2014;45(3):540-5.
2. Anakwe RE, Middleton SD, Jenkins PJ, McQueen MM, Court-Brown CM. Patient-reported outcomes after simple dislocation of the elbow. J Bone Joint Surg Am. 6 de julio de 2011;93(13):1220-6.

