



INTRODUCCIÓN

Las complicaciones vasculares después de la fijación interna de las fracturas femorales trocantéricas no son frecuentes. El posicionamiento de la cadera en rotación interna y la tracción sobre tejidos blandos parece aumentar la frecuencia de lesiones iatrogénicas durante la cirugía.

OBJETIVO

Compartir nuestra experiencia en **complicaciones vasculares severas** de 2 casos en cirugía percutánea de **enclavado endomedular de fémur**.

A. FEMORAL PROFUNDA

Paciente de 74 años anticoagulado con heparina por TVP presenta fractura pertrocanterea de fémur proximal izquierdo. Se realiza reducción cerrada en mesa de tracción e implante de clavo endomedular corto de fémur. En el brocado del orificio para el tornillo de bloqueo distal se produce sangrado abundante que no inestabiliza al paciente. Se realiza compresión del miembro y posterior colocación del tornillo.



En el post-op, se transfunden 2 bolsas de hematíes y persiste la bajada de Hg. Se realiza angioTC donde se visualiza rotura de pseudoaneurisma de arteria femoral profunda (AFP). Se contacta con Cirugía Vascular quien realiza embolización de tronco inferior de la AFP con 6 coils de 3mm.

A. GLÚTEA SUPERIOR

Paciente de 17 años con fractura abierta de fémur diafisario derecho que en la cirugía de control de daños se interviene colocando un fijador externo tipo Hoffman. Es durante la cirugía definitiva, con la apertura de partes blandas para introducir clavo de fémur, cuando el paciente comienza a sangrar de forma abundante, con inestabilidad hemodinámica..



Se realiza compresión del foco hemorrágico, se aportan líquidos y transfusión y se contacta con Cirugía Vascular, quien disecciona el paquete vasculonervioso femoral sin presentar daños. Se diseccionan planos hasta llegar a la fuente de sangrado, visualizándose una rama de la a. glútea superior retraída que se liga. El sangrado cesó y el paciente se estabilizó.

Distancia entre AFS- Fémur
POSICION NEUTRA: 20.3mm
ADDUCCIÓN + ROT.INT: 9.5mm

FACTORES DE RIESGO IATROGÉNICOS

Compresión de los tejidos blandos entre el fémur y el soporte perineal
Tracción a lo largo del eje
Posición de los miembros inferiores en la aducción y rotación interna

RECOMENDACIONES

Cuando el tornillo cefálico ha estabilizado la fractura:

- 1º Volver a posición neutral** para distanciar los vasos del lado medial del fémur.
- 2º Reducir tracción** de las extremidades inferiores, (reduce la compresión de los tejidos blandos entre el fémur y el soporte perineal, y aumenta la movilidad de AFP).

CONCLUSIÓN

El enclavado endomedular de fémur es una **cirugía habitual** en nuestra especialidad. Las complicaciones vasculares no son frecuentes pero, de presentarse, será de vital importancia la compresión y aporte de líquidos, transfusiones y consultar con el cirujano vascular.

