

2016 Febrero, 6(1): 1-1

PSEUDOARTROSIS ASEPTICA MEDIODIAFISARIA DE FEMUR ERRORES TECNICOS DEL ENCAVADO ENDOMEDULAR CERROJADO ANTEROGRADO

Pelaez C; Paleo D; Fernández E; Carucci JP; Cicchino A.

*HIGA San Martín La Plata Servicio de Ortopedia y Traumatología Prof. Dr. Rodolfo Cosentino
1 y 70 La Plata. Juanpablocarucci@hotmail.com*

Introducción

A pesar de las altas tasas de consolidación que presentan las fracturas mediodiafisarias de fémur tratadas con enclavado endomedular cerrojado fresado anterógrado (EECFA), las tasas de pseudoartrosis oscilan entre el 1% y 20% en la bibliografía. Entre los múltiples factores de riesgo para su desarrollo se describe la falta de estabilidad mecánica en la osteosíntesis.

El objetivo del trabajo es analizar la presencia de errores técnicos precursores de inestabilidad mecánica del EECFA de fracturas mediodiafisarias de fémur en pacientes que presentaron posteriormente pseudoartrosis aséptica.

Material y Método

Se realizó un análisis retrospectivo de 25 pacientes con pseudoartrosis mediodiafisarias de fémur que habían sido tratados con EECFA entre Febrero de 2010 y Febrero de 2013.

Se excluyeron los pacientes fumadores, con comorbilidades, aquellos que presentaron fracturas expuestas y los que se les realizó reducción abierta para el EECFA. Se incluyeron finalmente en el estudio 16 pacientes.

Todos los casos tuvieron como patología primaria una fractura mediodiafisaria de fémur, cerrada tratada inicialmente con tracción esquelética transtuberositaria hasta realizarse el tratamiento definitivo: EECFA mediante reducción cerrada. El punto de entrada fue la fosita digital. La longitud y el diámetro del clavo se calcularon en la planificación preoperatoria, y la elección final fue determinada intraoperatorio con intensificador de imágenes y según el fresado (un milímetro menos). En los trazos simples se cerrojó doble a distal y único dinámico a proximal. En el resto de los casos se cerrojó doble a distal y a proximal. Todas las cirugías fueron realizadas por un residente de tercer año supervisado por un médico de planta. El protocolo postoperatorio consistió en fisiokinesioterapia inmediata, con apoyo parcial progresivo a las 2 semanas en fracturas de trazo de simple y a las 4 semanas en trazos complejos.

Se definió como pseudoartrosis a la falta de consolidación clínica (dolor a la carga completa) y radiográfica (persistencia de línea de fractura o discontinuidad en más de una cortical) a los seis meses postoperatorios. Se descartó la presencia de infección con estudios de laboratorio (velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva) y punción biopsia.

Se evaluaron las radiografías postoperatorias inmediatas y protocolos quirúrgicos. Los factores analizados para determinar la presencia de errores técnicos fueron: la calidad del cerrojado, definida como aceptable en el caso de estar perpendiculares al eje femoral y bicorticales; la longitud del clavo, definida como aceptable al extenderse desde el trocánter mayor hasta el techo intercondíleo; el diámetro del clavo, definido como no aceptable cuando es menor al istmo medido; y la reducción final conseguida, aceptable al conservar el contacto cortical y el eje sin vicios de rotación.

Resultados

El promedio de edad de los pacientes fue de 41 años, con la misma proporción de hombres y mujeres. Como antecedente de la lesión primaria fueron todos accidentes en vía pública (moto y auto). Todas las pseudoartrosis observadas fueron hipertróficas.

El 50% de los casos presentó un cerrojado no aceptable, siendo la presencia de cerrojos unicorticales el error más frecuente (35%).

La longitud del clavo no fue aceptable (clavo corto) en un 25% de los casos.

El diámetro del clavo no fue aceptable en un 80% de los pacientes (clavo fino).

La reducción no fue aceptable en el 80% de los casos, siendo la falta de contacto cortical lo más observado (60%).

Conclusión

Si bien la pseudoartrosis es una patología multifactorial, en todos los casos analizados encontramos errores técnicos en el EECFA, los cuales comprometieron la estabilidad mecánica de la fractura y fueron un factor de riesgo para el desarrollo de esta complicación.

Palabras claves: PSEUDOARTROSIS, FEMUR, ENCLAVADO ENDOMEDULAR ANTEROGRADO, ERRORES TECNICOS