

RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE FEMUR TOTAL TRAS AVULSIÓN DE FEMUR EN ACCIDENTE DE ALTA ENERGÍA

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez, David Alonso Álvarez, Lucía Lanuza Lagunilla, Álvaro Cambor Valladares, Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias
Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

La cirugía de reconstrucción de extremidades catastróficas ha sustituido a la amputación como primera opción de tratamiento gracias al desarrollo de nuevas técnicas de reconstrucción. Este tratamiento es controvertido en pacientes con alto riesgo de amputación.

Una mala decisión de salvar una extremidad puede llevar al paciente a grandes problemas físicos, psicológicos, económicos y sociales.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Se trata de un varón de 20 años que sufre un accidente de moto en noviembre de 2018, presentado **fractura abierta de fémur izquierdo tipo IIIB con avulsión del fémur desde nivel subtrocantéreo hasta los cóndilos con fractura conminuta intercondílea** (Fig 1). Además, **fractura basicervical y de rótula ipsilaterales**. Presenta una exposición y arrancamiento-avulsión de toda la masa muscular del tercio medio-distal del muslo con extremo grado de contaminación, presentando el paquete neurovascular distal conservado en todo el MII.



Fig 1: fractura abierta de fémur tipo IIIB con avulsión del fémur desde nivel subtrocantéreo hasta los cóndilos con fractura conminuta intercondílea

RESULTADOS:

De Urgencia se realiza lavado exhaustivo y exéresis del tejido muscular y óseo no viable y estabilización con **un fijador externo** (Fig 2).

Posteriormente se realizan desbridamientos sucesivos y se continúa con antibioterapia específica.

A los **2,5 meses** se realiza retirada del fijador externo y colocación de **clavo de T2 de artrodesis y bloque de cemento con antibiótico** como espaciador (Fig 3). Posteriormente desarrolla una infección del mismo por *Acinetobacter* y *S. Epidermidis*

A los **6 meses** se realiza **reconstrucción de fémur total** con sistema OSS, cotilo de doble movilidad no cementado y componente tibial monobloque cementado (Fig 4). Durante el postoperatorio se mantiene antibioterapia.

El paciente 1 año después del traumatismo es dado de alta con controles periódicos, encontrándose asintomático y deambulando de manera independiente.



Fig 2: Fijación externa provisional



Fig 3:
Espaciador
con clavo T2
de artrodesis
recubierto de
cemento

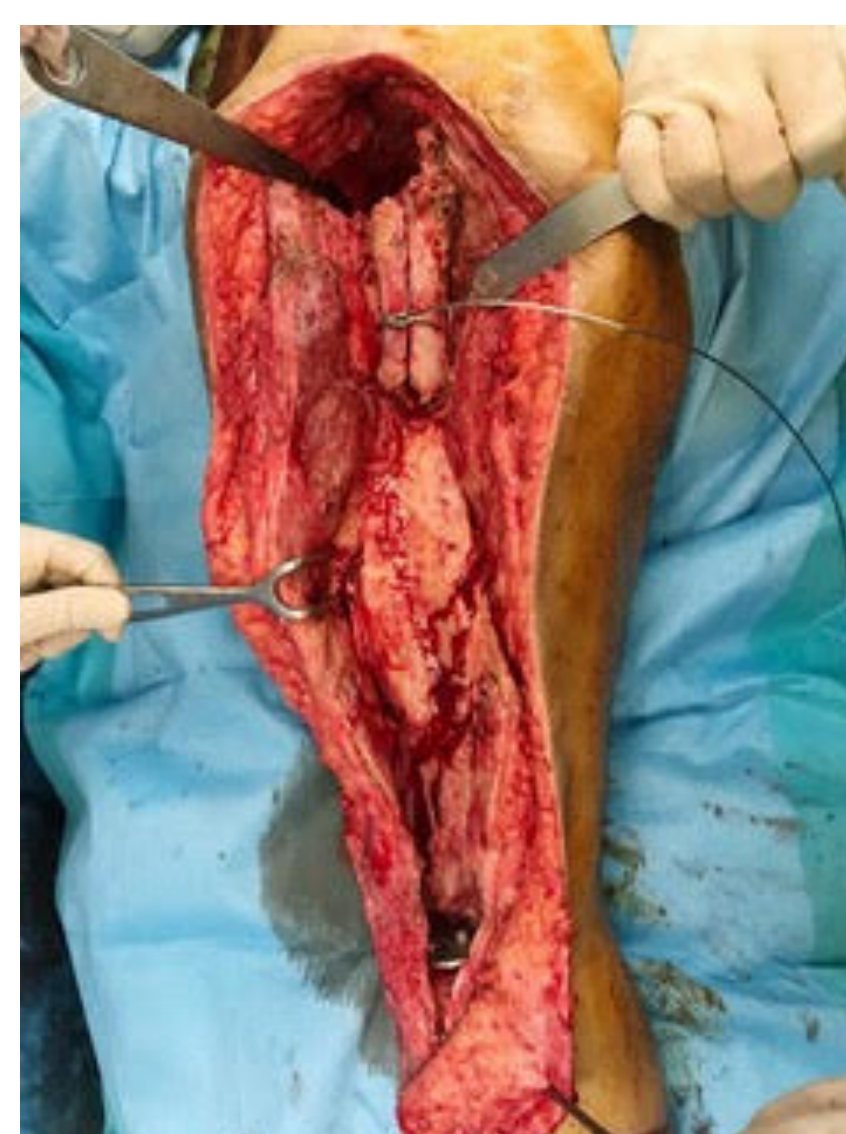


Fig 4: Reconstrucción de fémur total



CONCLUSIONES:

Cualquier viabilidad neurológica y vascular distal merece nuestro esfuerzo para realizar una cirugía de reconstrucción y conseguir una extremidad funcional superior a una ortesis externa o a una desarticulación, más aún en este caso, donde la ausencia de suficiente muñón proximal, dificulta o imposibilita el encaje de una prótesis quedando como única opción viable la desarticulación de cadera. Esto supondría grandes requerimientos energéticos y baja velocidad de la marcha o incluso la impediría al tener un brazo de palanca muy corto.