

BLOQUEO DISTAL DE CLAVO CORTO DE FÉMUR Y COMPLICACIONES VASCULARES POTENCIALMENTE MORTALES

B.C. Zorzo Godes, J. Mateos Delgado, F. Herradón Jiménez, G. Sánchez Inchausti, J.J. Anchuela Ocaña, G. García Garralón, J.G. Martín Martínez.
Hospital Universitario El Escorial.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones vasculares en la cirugía de fractura de cadera son extremadamente raras, pero debido a la alta incidencia de dicha cirugía, encontramos estas lesiones vasculares de manera no infrecuente. La más habitual es el pseudoaneurisma, aparte de trombosis, estenosis con isquemia del miembro o hemorragia aguda entre otras. La mayoría de dichas lesiones se producen en el plexo arterial existente entre femoral superficial y femoral profunda, ya sea en las ramas perforantes o, de manera más común, en la arteria femoral profunda (alrededor del 75% según algunos estudios). La causa puede ser un fragmento óseo desplazado o la inserción de instrumental como bisturíes, agujas, brocas o tornillos.

OBJETIVOS

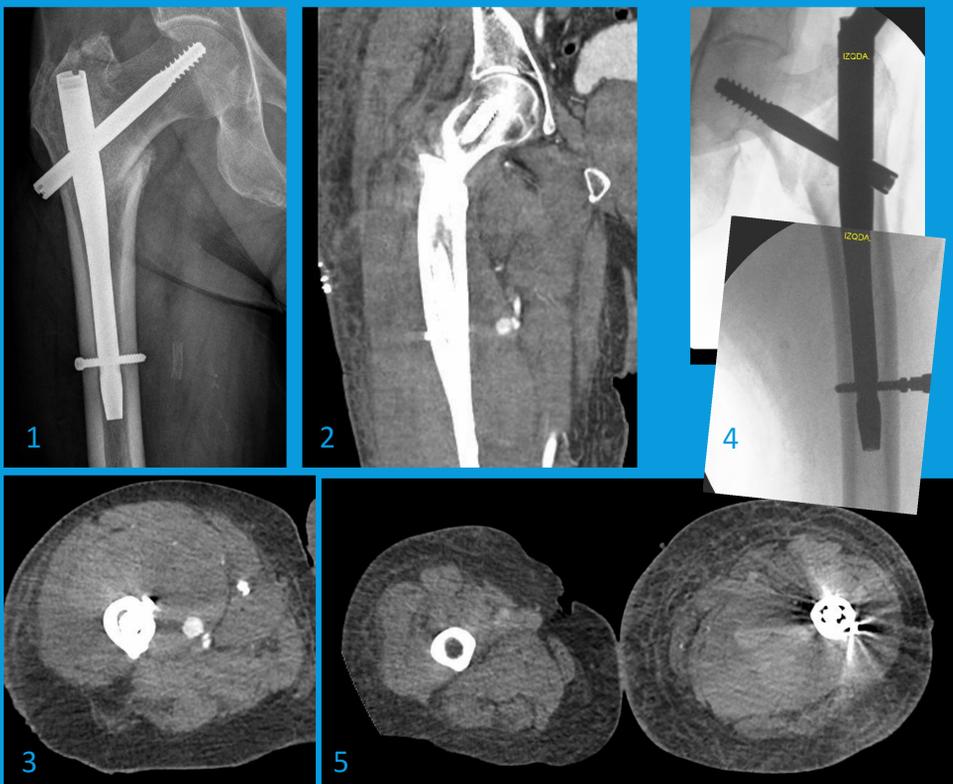
Se presentan dos casos de pseudoaneurisma de arteria femoral profunda en pacientes intervenidos mediante enclavado intramedular corto por fractura de fémur detectados en los primeros días del postoperatorio. Se aporta un atractivo apoyo iconográfico y revisión de la literatura científica relacionada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza búsqueda de artículos en los principales motores de búsqueda informatizada y se realiza discusión en base a ellos.

Caso 1: Figuras 1, 2 y 3.

Caso 2: Figuras: 4 y 5.



RESULTADOS

Caso 1: Paciente hombre de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica en tratamiento con sintrom, miocardiopatía dilatada, insuficiencias mitral y aórtica leves, que sufre fractura pertrocantérea de fémur derecho y es intervenido mediante enclavado intramedular corto con bloqueo distal (Figura 1). No se evidencian complicaciones durante la cirugía. El séptimo día, tras varias transfusiones de hematíes sin clara rentabilidad, episodios de hipotensión y aumento de perímetro del muslo, se realiza TAC con contraste intravenoso informado como hallazgos compatibles con presencia de pseudoaneurisma de 14 mm (eje mayor) dependiente de arteria femoral profunda derecha (Figuras 2 y 3). No se visualizan imágenes sugestivas de sangrado activo. El Servicio de radiología intervencionista realiza un cierre de dicho pseudoaneurisma con endoprótesis recubierta cediendo el sangrado y los episodios de hipotensión y disminuyendo la tumefacción del miembro. A los tres meses camina sin ayudas con molestias leves en la cadera.

Caso 2: Paciente mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y plaquetopenia secundaria a virus de la hepatitis C, que sufre fractura pertrocantérea de fémur izquierdo y es intervenida mediante enclavado intramedular corto con bloqueo distal (Figura 4). No se evidencian complicaciones durante la cirugía. Al tercer día, tras varias transfusiones de hematíes sin clara rentabilidad, episodios de hipotensión y aumento de perímetro del muslo, se realiza TAC con contraste intravenoso informado como colección heterogénea en región posteromedial de muslo izquierdo, confirmando extravasación de contraste en fase arterial, que aumenta en fase venosa en tercio medio de muslo izquierdo, en relación con sangrado activo (probable origen en rama muscular arteria femoral profunda) (Figura 5). Al día siguiente, en espera de tratamiento de esta lesión por radiología intervencionista, la paciente fallece por insuficiencia respiratoria secundaria a insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIÓN

Algunos autores recomiendan evitar la aducción y la rotación interna excesivas en el momento del bloqueo distal, ya que acercan la arteria femoral a la cara medial del fémur a este nivel. Para detectar estas complicaciones es importante la alta sospecha clínica en casos de pacientes intervenidos mediante enclavado de fémur proximal que tienen episodios de hipotensión, baja rentabilidad en las transfusiones de hemocomponentes y aumento progresivo del perímetro del muslo. En los casos de alta sospecha, una tomografía con contraste puede confirmar el diagnóstico y permitir el tratamiento dirigido de estas complicaciones, que pueden llegar a ser mortales en pacientes con un estado general comprometido ya previamente.

