

FRACTURAS INTERIMPLANTE DE FEMUR

Experiencia en Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Pérez Jódar, C.; Olcina Meseguer, M.; Díaz Miñarro, JC.; Quevedo Reinoso, R.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas interimplante se producen **ENTRE DOS IMPLANTES IPSILATERALES**.
Combinación más frecuente → entre **PRÓTESIS DE CADERA y PRÓTESIS DE RODILLA**.
Incidencia real desconocida (se clasifican como periprotésicas de cadera o rodilla).
El incremento de la cirugía protésica y de la esperanza de vida suponen un **AUMENTO DE LA POBLACIÓN EN RIESGO**.

El tratamiento plantea problemas mecánicos y biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis clínico y radiológico retrospectivo de 4 pacientes que sufrieron fracturas interimplante en nuestro centro.

RESULTADOS



PACIENTE 1

Mujer 75 años
Fractura supracondilea tras PTR y PTC derechas

TTO: placa Liss con **distancia entre implantes de 6cm**
Grosor cortical: 7mm



PACIENTE 2

Hombre 72 años
Fractura supracondilea tras PTR y fractura basicervical periimplante.

TTO: EMO + clavo intramedular con **distancia entre implantes de 12,5cm**
Grosor cortical: 7'2mm



PACIENTE 3

Mujer 84 años
Fx supracondilea tras PTR y clavo intramedular.
TTO: placa Liss con **solapamiento entre implantes de 2,6 cm**
Grosor cortical: 8mm



PACIENTE 4

Mujer 91 años
Fx supracondilea tras PTR y prótesis parcial.
TTO: placa Liss con **solapamiento entre implantes de 1'7 cm**
Grosor cortical: 8mm



DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS CONCRETAS:

- Edad avanzada, osteoporosis, mala calidad de vida.
- Modificación de la anatomía basal
- Déficit de stock óseo
- Desarrollo de osteolisis
- Exigencias biomecánicas derivadas de la presencia de dos implantes en el mismo fémur.

- **Factor de riesgo más determinante:** GROSOR CORTICAL del segmento interprotésico (directamente relacionado con osteoporosis)
- Mayor riesgo a nivel distal (fracturas **MÁS FRECUENTES** a nivel SUPRACONDILEO).

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Es necesario **equilibrar la tensión** a lo largo del eje femoral, proporcionando estabilidad axial y rotacional.
- ✓ Conseguir un **SOLAPAMIENTO O DISTANCIA ENTRE** los **IMPLANTES** (según el caso) **IGUAL A DOS VECES EL DIÁMETRO DIAFISARIO** (6-8cm)
 - Solapamientos y espacios pequeños** son un **constructo desfavorable** biomecánicamente, independientemente de la calidad ósea (se concentra mayor estrés → aumento riesgo fractura)

CONCLUSIÓN

Posiblemente nos enfrentemos en el futuro próximo a un aumento en el número de este tipo de fracturas.

Es necesario **INDIVIDUALIZAR EL TRATAMIENTO**, consiguiendo un adecuado solapamiento o espacio entre los implantes, lo que no siempre es posible, ya que depende de los implantes previos y de la longitud disponible de placas de osteosíntesis.

