

LESIONES VASCULARES EN ENCLAVADO ENDOMEDULAR FEMORAL

M. Gidi, E. Dominguez, S. Martinez, A. Pardo, D. Perez, A. Alier, L. Puig

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducción

Las lesiones vasculares en fracturas de fémur proximal y diafisarias de fémur son poco frecuentes, encontrándose descritas en la literatura predominantemente en cara medial de muslo, en territorio de arteria femoral superficial y profunda. En su mayoría, secundarias a iatrogenia durante la síntesis de fractura, por profundidad de brocado o longitud de tornillos. Sin embargo, no se describen casos de lesión vascular a nivel del territorio lateral del muslo.

Objetivo

Reportar un caso poco frecuente de lesión vascular en cara lateral de muslo, en contexto de un enclavado endomedular en fractura diafisaria de fémur.

Material y método

Paciente de 22 años con fractura diafisaria de fémur izquierdo cerrada (32 A2(b) A0) (Figura 1), tras caída en rocódromo. Al examen extremidad con aumento de volumen y deformidad, que conserva llene vascular, sensibilidad y examen motor. Se realiza intervención de urgencia colocando un clavo T2 anterógrado de fémur. (Figura 2). Incidencia operatoria de sangrado profuso, al realizar incisión lateral para colocación de tornillo distal-proximal, que se autolimita tras compresión con gasas.

Figura 1

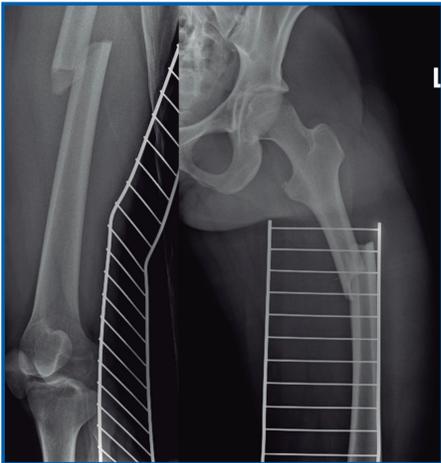


Figura 2

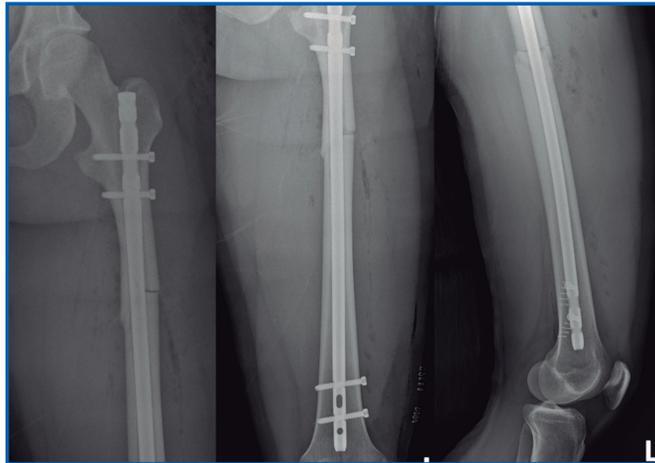
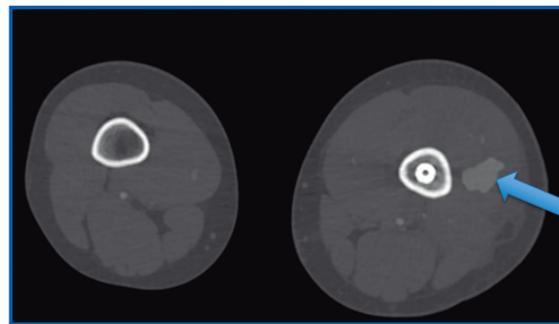


Figura 3



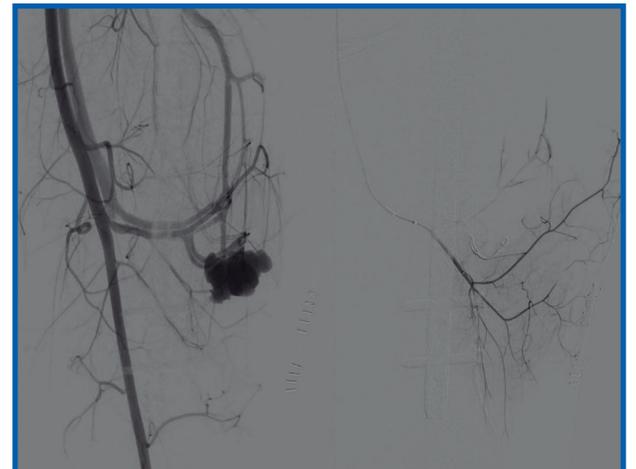
En el post operatorio inmediato, buen control del dolor, ligero aumento de volumen de muslo sin empastamiento ni aumento de tensión. A las 48 hrs post operatorias presenta un descenso de Hemoglobina hasta 8.4 gr/ dl (inicial 13.3gr/dl) que requiere de transfusión de 1 concentrado de hematíes. A las 72 hrs nueva anemia que requiere nueva transfusión, volviéndose a anemizar posterior a la misma, por lo que se decide realizar un AngioTAC para valoración de posible sangrado activo. Se objetiva fístula arterio-venosa en foco de fractura en territorio de arteria femoral profunda, junto con sangrado activo y pseudoaneurisma en cara lateral de muslo en área de incisión tornillo distal-proximal de clavo (Figura 3), por lo que se decide embolización.



Resultados

Se realiza embolización de ramas aferentes a foco pseudoaneurismático con coils de liberación controlada, coils empujables y finalmente con agente embolizante temporal, logrando una correcta devascularización de territorio pseudoaneurismático. Estabilidad hemodinámica y analítica post procedimiento (Figura 4).

Figura 4



Conclusión

El pseudoaneurisma y las fistulas arterio-venosas son una de las posibles causas a descartar ante la presencia de una anemia mantenida tras procedimientos de enclavado endomedular.

C O N G R E S O

SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Parc de Salut
Barcelona

MAR