

OSTEOSÍNTESIS DEFINITIVA EN FRACTURA SUPRAINTERCONDILEA DE HÚMERO
TRAS 4 SEMANAS CON ESTABILIZACIÓN PRIMARIA POR INFECCIÓN ABDOMINAL
COMPLICADA.



Fernando López-Navarro Morillo, Domingo Maestre Cano, Alejandro Castillo Sáez, Ana Ortega Columbrans, Antonio Ondoño Navarro.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las fracturas supraintercondileas de codo casi siempre requieren tratamiento quirúrgico para lograr una reducción anatómica. Solo se recomienda tratamiento conservador en pacientes con muchas comorbilidades que supongan un riesgo extremo para la cirugía. Este tipo de lesiones se pueden encuadrar dentro del tipo de lesiones complejas de codo, ya que suponen un daño articular y ligamentoso, siendo un reto para el cirujano la reconstrucción anatómica, así como un balance articular funcional y estable. Una de las complicaciones más frecuentes de las reducciones abiertas es la infección del material de osteosíntesis, lo cual se intenta evitar con una profilaxis antibiótica precoz y una primera cirugía de control de daños lo más rápida posible.

El objetivo es presentar un paciente en el que tuvo que demorarse hasta un mes la intervención quirúrgica por presentar un proceso infeccioso abdominal importante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 39 años que sufrió un accidente de tráfico en el cual sufrió una fractura supraintercondilea de codo izquierdo y fractura de tercio proximal de diáfisis femoral ipsilateral. Dada la mala situación hemodinámica del paciente, se estabilizaron las fracturas con fijación externa monolateral y el paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos.

A los 10 días se decidió cambiar la fijación externa por una osteosíntesis interna, pero en la mesa de quirófano se descubrió una infección abdominal severa, que requirió drenaje urgente por parte de cirugía general.

RESULTADOS

A las 2 semanas, se retiró la fijación externa y se tomó una muestra de cultivo para microbiología. Se fijaron las fracturas temporalmente con una tracción transesquelética y una férula braquiopalmar.

Dos semanas después, con la infección abdominal controlada, se realizó la osteosíntesis con placas específicas posterolateral y medial de paleta humeral a través de un abordaje posterior con osteotomía de olecranon, que posteriormente se sintentizó con una placa específica.

Además, se colocó un clavo largo de reconstrucción femoral en la fractura diafisaria de fémur.

Al año de la intervención, el paciente presenta buena de movilidad en el codo , que le permite ser independiente y realizar el trabajo que realizaba antes del accidente. En, cuanto a la fractura de fémur, tras 5 semanas en descarga parcial, recuperó la funcionalidad y fuerza completa.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Si existe sospecha de infección de las fichas del fijador externo, se recomienda tomar cultivos, retirar fijador externo y esperar una o dos semanas para realizar la cirugía definitiva, cuando los cultivos sean negativos. A pesar de una técnica cuidadosa y una reducción anatómica, suele haber una pérdida de balance articular en las fracturas articulares de codo, por lo que la rehabilitación precoz es fundamental.

ICONOGRAFÍA

RX previas a cirugía



RX postoperatorias



Rx al año de la cirugía



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.