

# Rescate de “cutout” en fractura subtrocantérea: Cuando la artroplastia de sustitución es la mejor opción.

Eva María Vera Porras, José Sánchez Archidona, Francisco Martínez Martínez, Javier Hernández Quinto, Fernando López-Navarro Morillo, Carlos Navío Serrano.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, El Palmar, Murcia.

## Introducción

Las fracturas en esta región suponen aproximadamente el 10-30% de las fracturas peritrocantéreas. Presentan características anatómicas y biomecánicas de mayor dificultad respecto al resto, hecho que ha forzado el avance en el diseño de implantes que puedan soportar importantes fuerzas musculares y largos periodos de curación.

## Objetivos

Conocer las opciones de tratamiento actuales en el rescate de fracaso de osteosíntesis de fracturas subtrocantéreas.

## Material y método

Presentamos el caso de una mujer de 79 años DM II, HTA que acude a urgencias por presentar dolor en la cadera izquierda atraumática. Como antecedentes, la paciente había sido intervenida hacía 5 meses por **fractura pertrocantérea tratada mediante clavo trocantérico, y reintervenida por fractura subtrocantérea** de fémur hacía 2 meses tras otra caída (se decidió retirar el material y volver a sintetizar tras el fresado **con un nuevo enclavado intramedular de mayor longitud**).

## Resultado

Ante el segundo fracaso del implante y el estado de consolidación de la fractura, nos planteamos realizar una **cirugía sustitutiva mediante artroplastia de reconstrucción modular, anclaje diafisario y cabeza bipolar, con anillo retentivo y cuatro cerclajes**. La recuperación postoperatoria y en el seguimiento ambulatorio de la paciente fue favorable, con buena movilidad y sin dolor.



Fig.1a: Fractura subtrocantérea tras fallo de material de osteosíntesis. 2b: osteosíntesis mediante **clavo intramedular largo**.



La paciente refería dolor en aumento tras varios días de evolución. En el examen físico se evidenció la limitación para la movilidad de miembro inferior izquierdo, con leve rotación externa y exploración neurovascular distal normal. En la radiografía de cadera izquierda anteroposterior se observó **“cutout” del tornillo cefálico sin afectación de la fractura subtrocantérea**. Fig.2

## Conclusión

En el caso presentado, lo primero que deberíamos plantearnos sería la **causa de la fractura subtrocantérea periclavo**, la cual parece estar relacionada con el fracasos del material implantado. En estos casos el tratamiento con **un nuevo enclavado con fresado es mejor** que la placa angulada o DCS, que presenta mayores tasas de fracaso.

Dado que ni un nuevo enclavado o placa lateral ofrecían garantías de **solución definitiva**, se plantea la **cirugía sustitutiva** de fémur proximal.

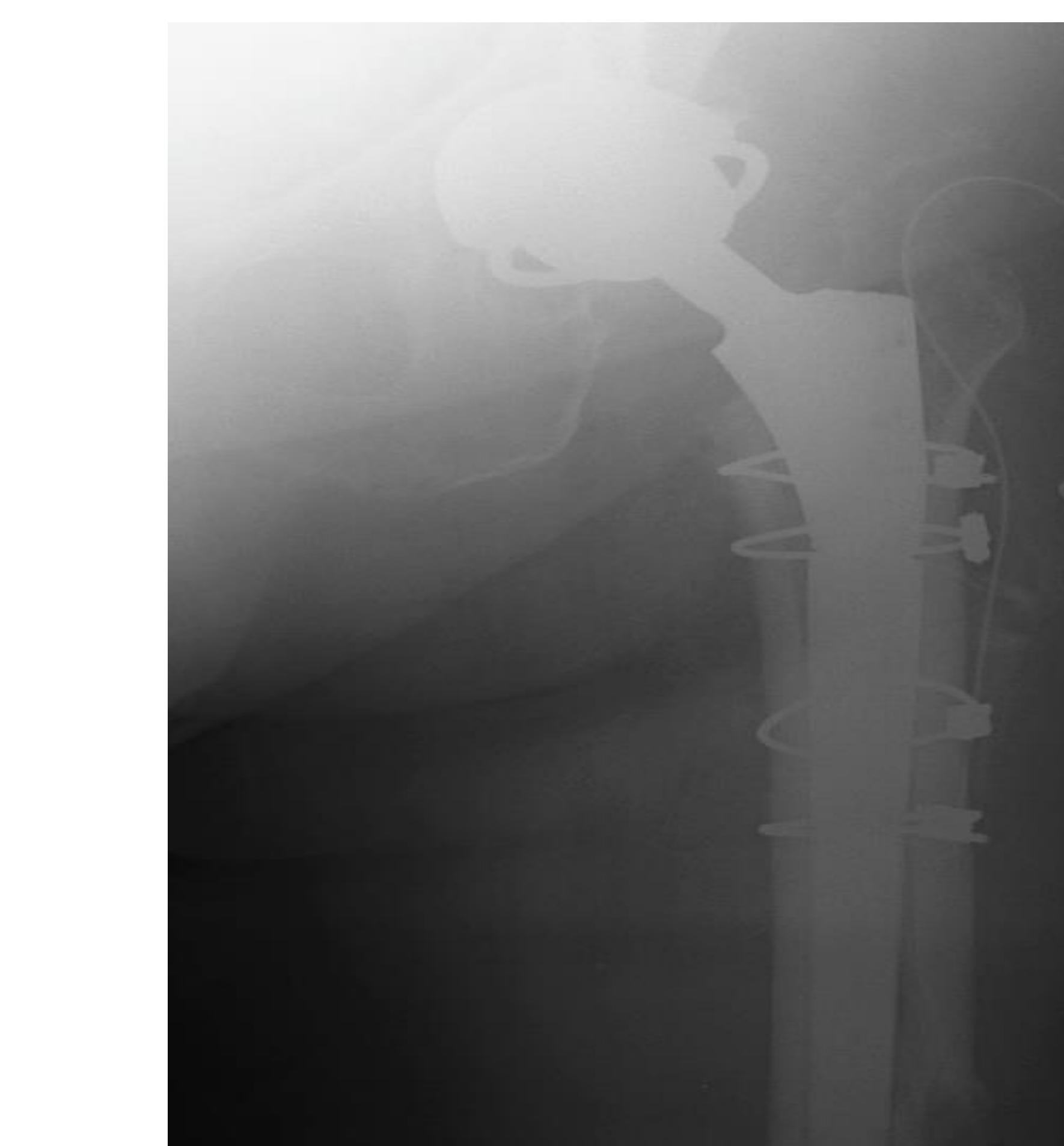


Fig.3: artroplastia de reconstrucción modular, anclaje diafisario, cabeza bipolar, anillo retentivo y cuatro cerclajes.