

Fracturas concomitantes ipsilaterales proximales y de diáfisis femoral.

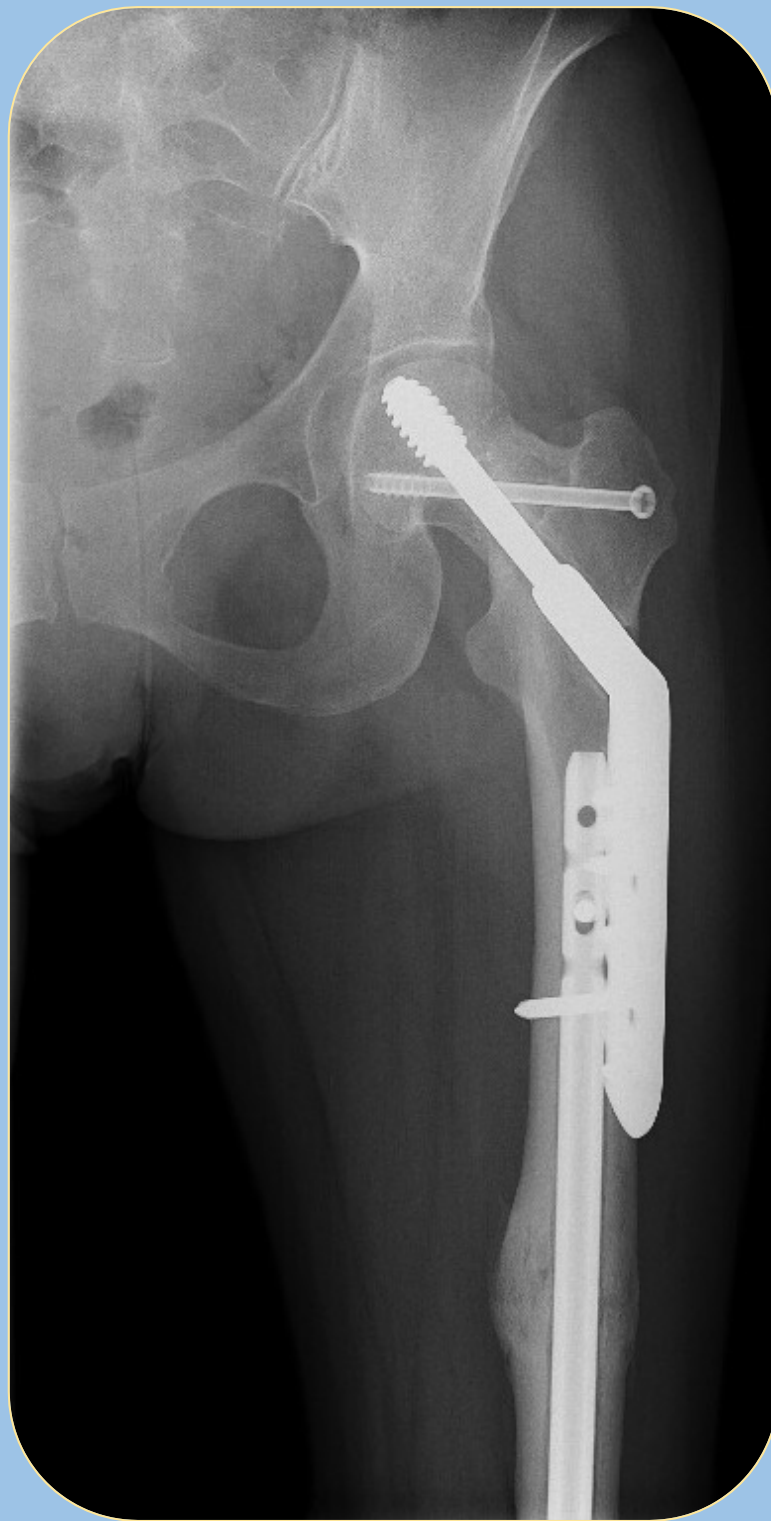
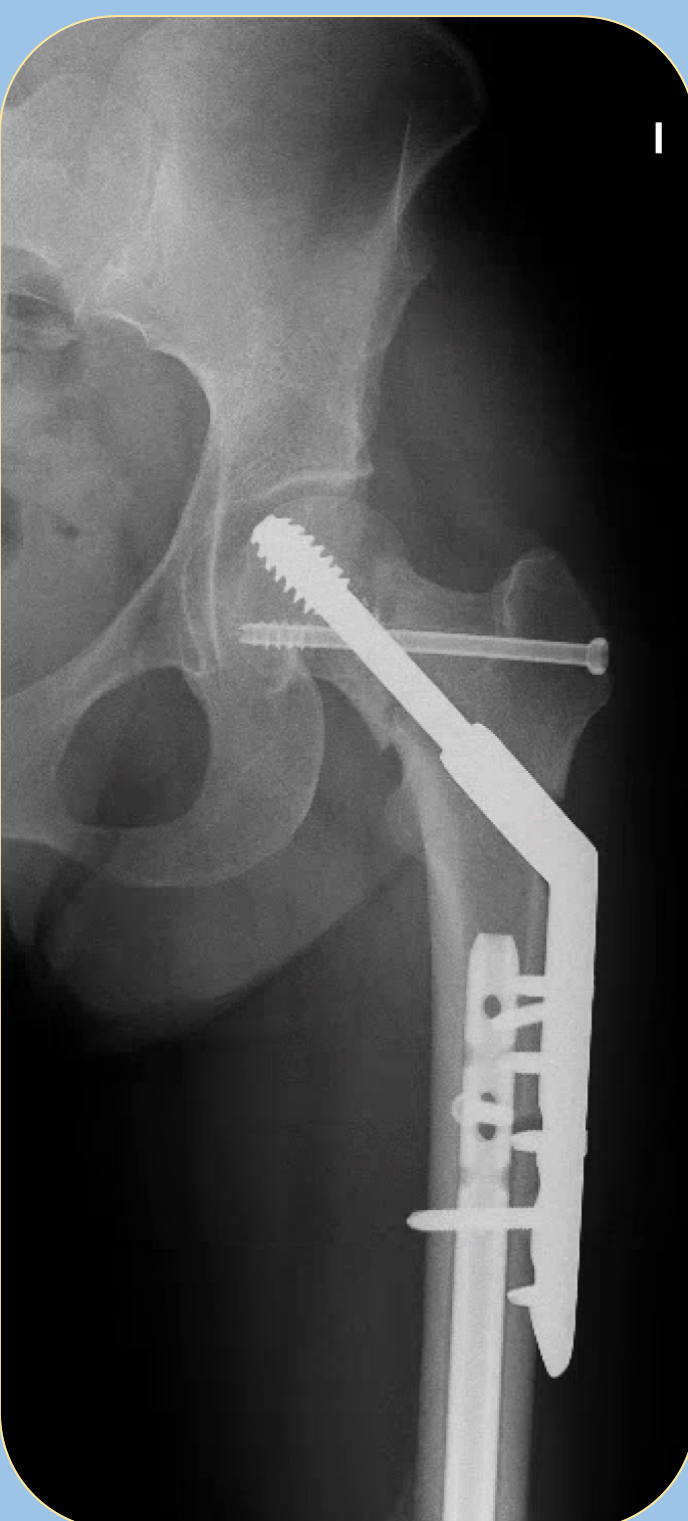
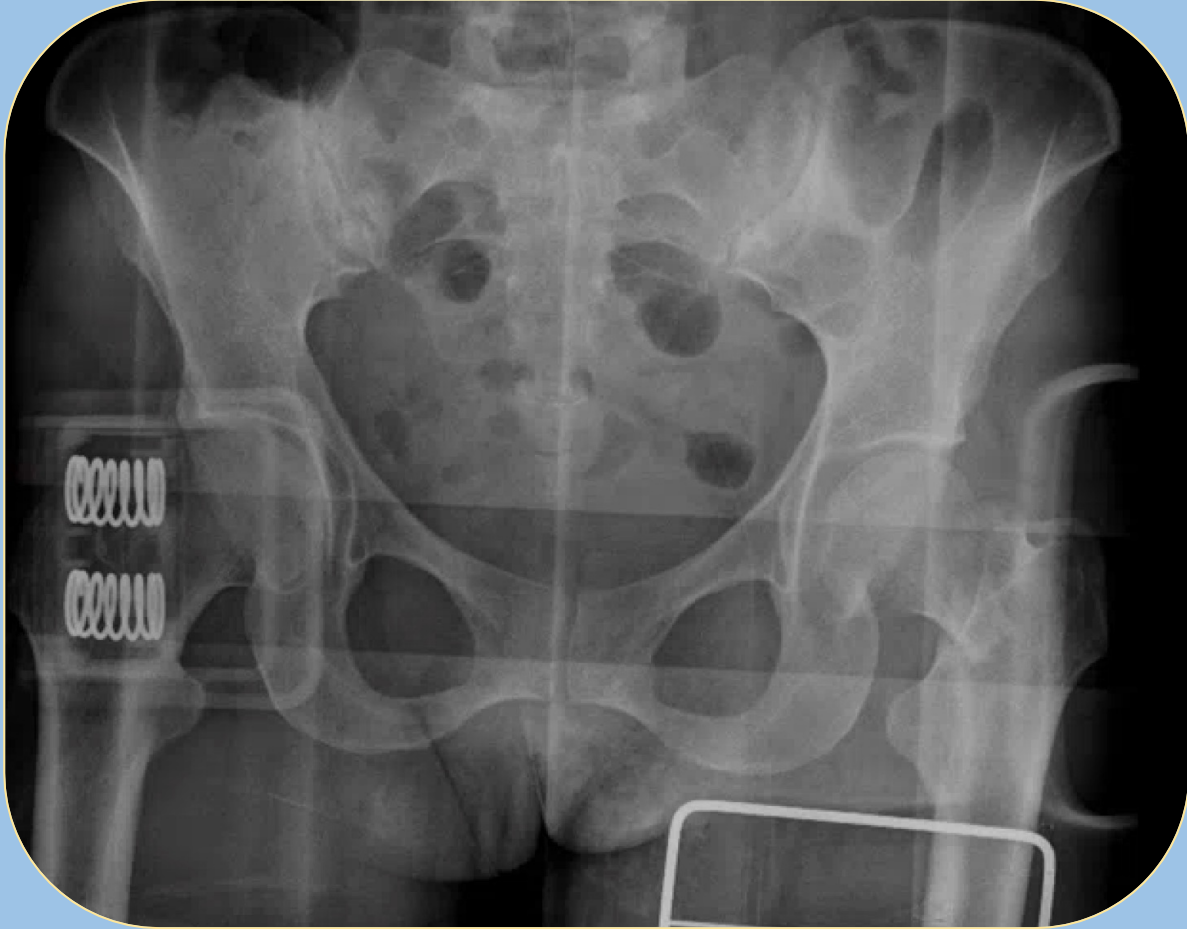
Revisión de casos en HUB.

Bel Rojas, C; Tramunt Monsonet, C; Garrós Izquierdo, J; Cruz Andrés, P.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

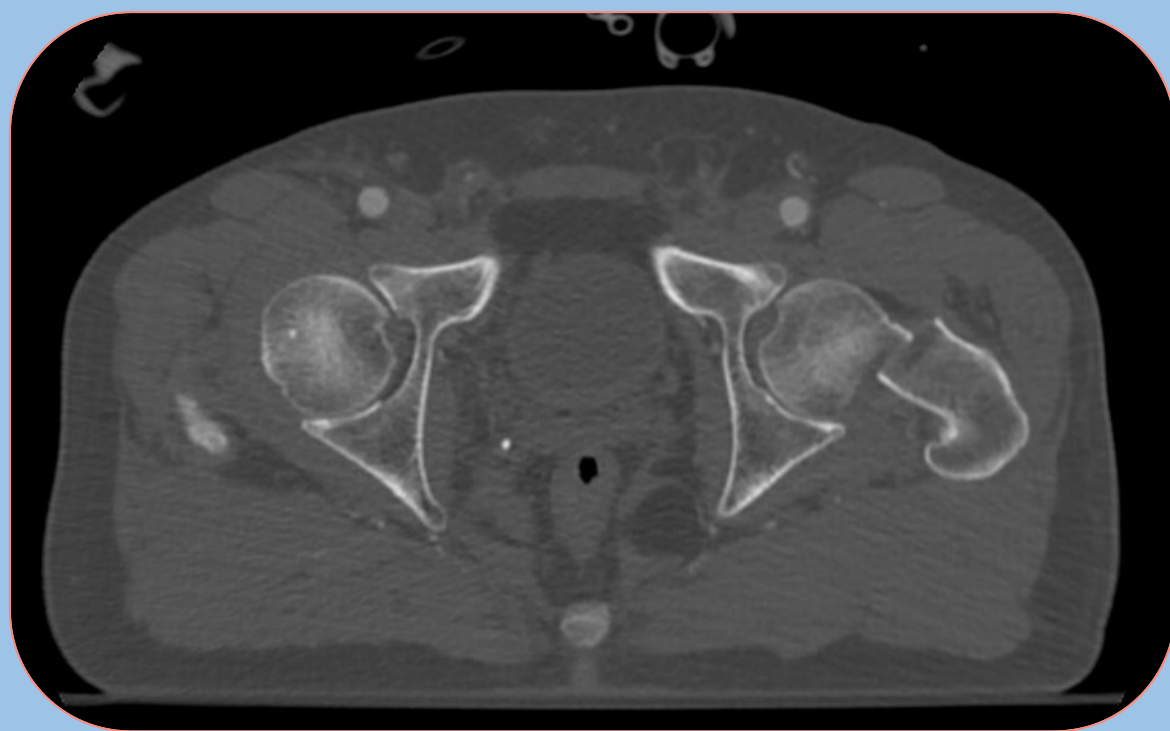
OBJETIVO:
Revisión de casos de pacientes con fracturas ipsilaterales concomitantes diafisarias y de fémur proximal de 2005 a 2022 en HUB

MATERIAL Y MÉTODOS:
Del registro de base de datos de traumatología del Hospital de Bellvitge, 23 presentaban fracturas de fémur proximal asociadas a fractura diafisaria. 5 fueron tratados mediante la técnica *Rendezvous* (clavo endomedular retrógrado + síntesis de fémur proximal con tornillo deslizante); 9 con clavo cérvico-diafisario largo; 1 con placa deslizante larga; 1 con doble placa. 1 paciente fue éxitus por otros motivos en el postoperatorio. De los 7 restantes no se dispone de acceso a la historia clínica por lo que se han excluido de esta revisión.

Mujer, 37 años (254634)
13/03/22 PPT-0 moto
IQ 15/03/22: DHS + tornillo canulado + T2 retrógrado
Rx control 10/03/23

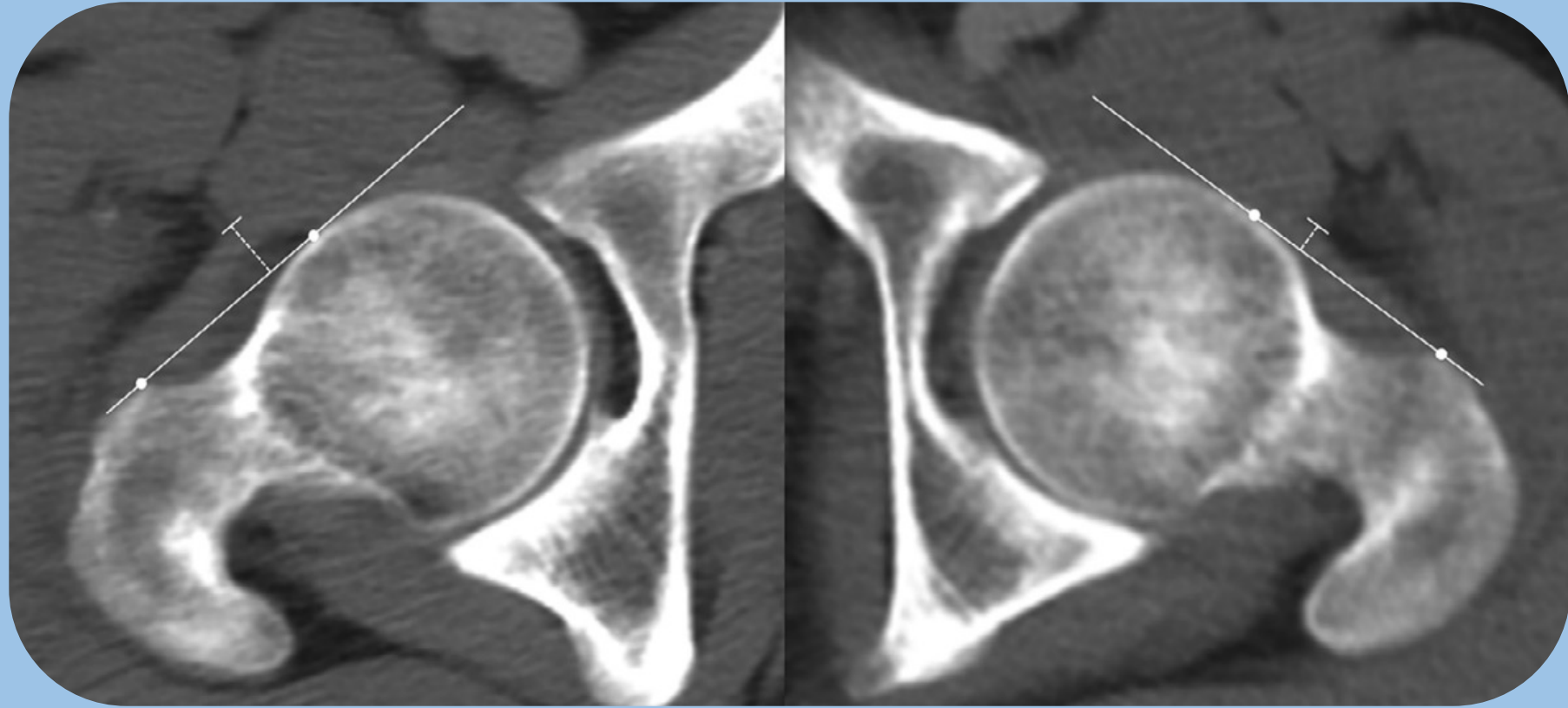


Hombre, 43 años (13621681)
05/12/18 PPT-0 coche
IQ 09/12/18: Clavo Gamma 3 largo
Rx control 04/01/19



RESULTADOS:
14 de los 16 pacientes presentaron una buena evolución, con una correcta consolidación de la fractura y vuelta a una vida funcional. La complicación más frecuente fue la dismetría, sin tener repercusión clínica. 2 de ellos requirieron más intervenciones por pseudoartrosis séptica de la fractura diafisaria. No tuvo lugar ningún caso de necrosis de cabeza femoral. No hay diferencias clínicas en pacientes tratados mediante clavo cérvico-diafisario largo respecto a los tratados con clavo retrógrado y DHS.

CONCLUSIONES:
Las fracturas concomitantes diafisarias y de fémur proximal son muy infrecuentes y habitualmente debidas a traumatismos de alta energía. 6-22% de las fracturas proximales serán infradiagnosticadas, debido a que muchas de ellas presentan trazos cervicales sin desplazamiento. En casos de fracturas proximales desplazadas, se ha visto la utilidad de la doble síntesis, en la que se sintetiza inicialmente la fractura diafisaria de forma retrógrada, para después facilitar la reducción cerrada para la síntesis de la fractura proximal. Ésta técnica permite también la dinamización del clavo en caso de retraso de consolidación o pseudoartrosis de la fractura diafisaria sin comprometer la fractura proximal. En nuestra revisión se han comparado los pacientes tratados mediante clavo cérvico-diafisario con los tratados mediante clavo + DHS sin obtener diferencias significativas. Probablemente no se encuentren diferencias debido a que la mayoría de los tratados con clavo como síntesis única, presentaban fracturas no desplazadas de fémur proximal; y a la baja frecuencia de estas lesiones asociadas, no disponiendo de suficiente *n*.



La distensión capsular es la distancia entre el borde capsular anterior y la línea tangencial de la cresta intertrocanterea a la cabeza femoral. Si hay una diferencia de >1mm con la contralateral, se considera un signo capsular por TC positivo, aumentando la sospecha de fractura no desplazada de fémur proximal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Wei YP, Lin KC. Dual-construct fixation is recommended in ipsilateral femoral neck fractures with infra-isthmus shaft fracture: A STROBE compliant study: A STROBE compliant study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021;100(17):e25708.
2. Alho A. Concurrent ipsilateral fractures of the hip and femoral shaft: a meta-analysis of 659 cases. *Acta Orthop Scand* [Internet]. 1996;67(1):19–28.
3. Ostrum RF, Tornetta P 3rd, Watson JT, Christiano A, Vafek E. Ipsilateral proximal femur and shaft fractures treated with hip screws and a reamed retrograde intramedullary nail. *Clin Orthop Relat Res* [Internet]. 2014;472(9):2751–8.
4. Khallaf F, Al-Mosalamy M, Al-Akkad M, Hantira H. Surgical treatment for ipsilateral fractures of femoral neck and shaft. *Med Princ Pract* [Internet]. 2005;14(5):318–24.
5. Von Rüden C, Tauber M, Woltmann A, Friederichs J, Hackl S, Bühren V, et al. Surgical treatment of ipsilateral multi-level femoral fractures. *J Orthop Surg Res* [Internet]. 2015;10(1):7.
6. Oh C-W, Oh J-K, Park B-C, Jeon I-H, Kyung H-S, Kim S-Y, et al. Retrograde nailing with subsequent screw fixation for ipsilateral femoral shaft and neck fractures. *Arch Orthop Trauma Surg* [Internet]. 2006;126(7):448–53.
7. Harewood S, Mencia MM, Harnarayan P. The rendezvous technique for the treatment of ipsilateral femoral neck and shaft fractures: A case series. *Trauma Case Rep* [Internet]. 2020;29(100346):100346.
8. Park Y-C, Um K-S, Hong S-P, Oh C-W, Kim S, Yang K-H. Preoperative “Computed tomography capsular sign” for the detection of occult ipsilateral femoral neck fractures associated with femoral shaft fractures. *Injury* [Internet]. 2020;51(4):1051–6.