

PSEUDOARTROSIS SÉPTICA DE FÉMUR TRAS FRACTURA ABIERTA EN CONFLICTO BÉLICO.

Guillermo Núñez Ligeró, Cristina Ojeda Thies, Elena Vacas Sánchez, Eliam Ajuria Fernández

SaludMadrid Hospital Universitario 12 de Octubre

OBJETIVO

El objetivo es exponer el abordaje multidisciplinar en un caso de pseudoartrosis de fémur tras una fractura abierta con lesión vascular y nerviosa y su seguimiento.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se expone el caso de un varón de 37 años trasladado a nuestro centro para tratamiento definitivo tras fractura abierta de fémur izquierdo hace 4 años, actualmente no consolidada. Inicialmente presentó además lesión del nervio ciático y de la arteria femoral superficial que se trató mediante bypass, y control de daños con fijador externo en la fractura. Se sospecha tras el TAC pseudoartrosis séptica y afectación infecciosa del lecho del bypass. No se pudo realizar resonancia magnética por los múltiples fragmentos de metralla que presentaba el paciente en tronco y miembro inferior izquierdo.

En una primera fase se realiza desbridamiento del lecho y recambio del bypass por cirugía vascular y limpieza del foco de fractura, reducción y colocación de fijador externo lineal en el fémur. Se aísla en ambos lechos *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa solo sensible a colistina y aztreonam.

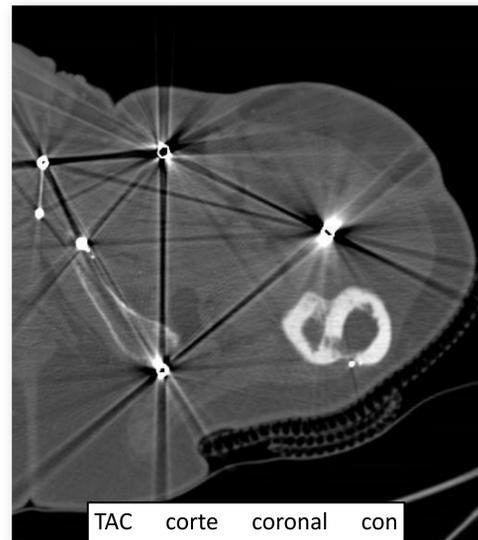
En un segundo tiempo se realiza fresado y colocación de un clavo endomedular recubierto de cemento tipo PMMA con colistina.

RESULTADOS

Las heridas quirúrgicas evolucionaron de forma favorable al igual que el bypass. Se permitió la deambulación del paciente con ortesis y muletas a las 3 semanas con buena funcionalidad. En el periodo de 10 meses no presentó recidiva infecciosa y se objetivó presencia de puentes óseos a nivel de la fractura.

CONCLUSIONES

Las lesiones en contexto bélico suelen requerir la evaluación por múltiples especialidades, en este caso traumatología, cirugía vascular y medicina interna para el abordaje integral del paciente. La pseudoartrosis séptica de huesos largos supone ya un reto para el cirujano y el clavo endomedular cubierto con cemento con antibiótico se presenta como una opción con buenos resultados en la literatura. Otras opciones a tener en cuenta hubieran sido el fijador externo circular.



TAC corte coronal con metralla a nivel pélvico.



Rx simple AP preoperatoria



Rx AP tras primer tiempo con fijador externo.



Rx AP tras segundo tiempo con clavo y doble placa.