

Respuestas al caso clínico de tratamiento de las fracturas comminutas y mecánicamente inestables del fémur distal ocasionadas por traumatismos de alta energía

Publicado en *Orthotips AMOT*; 2013; 9(1): 74-77.

Christopher Joaquín Manrique Ávila,* Isaac Abramovici Polo,**
Luz Gerardo Aguilar***

RESPUESTAS

1. De acuerdo con la fisiología de un traumatismo mayor, el sistema inmunológico en este periodo de tiempo se encuentra en una etapa de hiperinflamación, pudiéndose desencadenar una falla multisistémica al recibir un trauma quirúrgico agregado; la técnica de mínima invasión reduce estas posibilidades; sin embargo, lo ideal es estabilizar de forma externa la fractura en las primeras horas y esperar entre el sexto y décimo día para su fijación definitiva.¹
2. Al tratarse de una región metafisaria de un hueso largo sometido a cargas axiales, con fractura no soportada de la zona articular, se debe restituir anatómicamente la superficie articular y tener una alineación funcional de la metáfisis respecto a la diáfisis, es decir, longitud adecuada sin permitir rotaciones anormales, aunque no se tenga reducción anatómica de los fragmentos debido a la comminución o multifragmentación en esta zona. Se requiere de un implante que brinde estabilidad angular para prevenir desplazamientos en varo de los cóndilos femorales por las fuerzas musculares y durante el apoyo. La placa LISS (*Less Invasive Stabilization System*) brinda la estabilidad requerida en la zona metafisaria y articular, protegiendo la alineación funcional obtenida respecto a la diáfisis, lo que la convierte en un implante adecuado para el caso presentado.²

* Médico residente de cuarto año de Ortopedia.

** Médico residente de tercer año de Ortopedia.

*** Médico adscrito al Servicio de Urgencias. Profesor adjunto del Curso de Ortopedia.

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

Dirección para correspondencia:
Christopher J. Manrique Ávila

Vía Rómulo No. 701, Residencial Nexus Platino. 66055, General Escobedo, N.L.
Correo electrónico: christopher_manrique@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

3. Inició con movilización activa inmediata a tolerancia de dolor, manteniendo arcos de movilidad en límites funcionales, así como la vitalidad del cartílago articular. Posterior a las ocho semanas inició con fortalecimiento muscular para iniciar con descarga progresiva de la extremidad hasta el apoyo completo posterior a las 12 semanas del postoperatorio, concordando con las guías de rehabilitación y funcionalidad para fracturas supracondíleas femorales.³
4. La presencia de un callo óseo es indicativo de una estabilidad relativa que propicia una consolidación de tipo secundario, favoreciendo así el pronóstico de la consolidación de fracturas diafisarias y metafisarias extraarticulares. La ausencia del callo óseo en la región articular es producto de una reducción adecuada de la superficie articular con una estabilidad absoluta, lo que evita el micromovimiento y el callo desfavorable en esta región; ambas situaciones se lograron adecuadamente en el tratamiento del caso presentado.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez RA. Control del daño en ortopedia y traumatología. Rev Col de Or Tra. 2006; 20 (3): 55-64.
2. Wagner M, Frigg R. Internal fixators. 1st ed. Thieme, New York, 2006.
3. Hoppenfeld S, Murthy V. Fracturas, tratamiento y rehabilitación. Ed. Original. Marbán Libros. Madrid, España, 2004.
4. Rüedi T, Buckley R, Moran C. AO principles of fracture management. 2nd ed. New York: Thieme; 2007.