

EL CUT-OUT EN LA FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL

Macho Mier, María; Masa Lasheras, María Elena; Abando Ruiz, Sandra; Gracia Fondevila, Nuria; Martín Hernández, Carlos

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

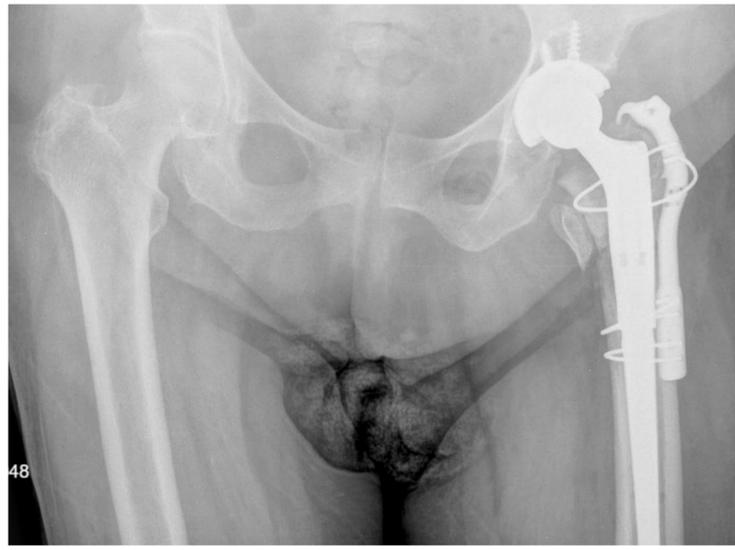
Introducción y Objetivos

La fractura de fémur proximal en el anciano está asociada con importantes tasas de morbimortalidad y costes socioeconómicos altos. La principal complicación en este tipo de fracturas es mecánica. El **cut-out** se define como el colapso del ángulo cervicodiafisario hacia el varo y protusión del tornillo cefálico a través de la cabeza femoral.

Con él se han relacionado diversos factores que aún se consideran objeto de debate. Uno de los más relevantes es el TAD (Tip Apex Distance)

Material y Metodología

Estudio retrospectivo de 10 pacientes con diagnóstico de cut-out tras fractura de fémur proximal tratada mediante enclavado centromedular, durante Abril y Mayo de 2020. Para cada paciente se recogen *datos demográficos*: edad, sexo, IMC, peso corporal, tratamiento antitrombótico y osteoporótico previo, régimen de deambulación y fecha de ingreso/cirugía. Se recoge también el *tipo de fractura según la clasificación de la AO*, régimen de *carga al alta*, tiempo hasta el diagnóstico de cut-out, presencia de infección superficial, *longitud del tornillo cefálico* y TAD.



Tratamiento secuencial (de izquierda a derecha): enclavado centromedular por fractura pertrocantérea. Fenómeno de cut-out a los 32 días. Se retira el implante previo y se coloca una prótesis total de cadera asociada a una placa "gancho" lateral.

Resultados

9 mujeres, 1 varón.

Edad media al diagnóstico: 84,11 años

Índice de masa corporal medio: 33,61

La mitad estaba en terapia antitrombótica; sólo la mitad tenía un tratamiento previo para la osteoporosis

El 70%: fractura tipo 31-A2

En el 80% estaba permitida la carga postoperatoria

El 30% desarrollaron una infección superficial de la herida quirúrgica

El tiempo medio hasta el diagnóstico de cut-out desde la primera cirugía: 62,11 días

La longitud media del tornillo cefálico fue de 100,11 mm

El promedio de TAD: 25,22 mm

Discusión y conclusiones

Las causas del fallo mecánico (cut-out) son multifactoriales, no existiendo un consenso actualmente. Se postulan muchos factores de riesgo para el mismo: edad, tipo de fractura, calidad de la reducción o posición del implante.

Para minimizar las complicaciones mecánicas que incrementan los índices de morbimortalidad, se debe presentar una especial atención intraoperatoria a la *reducción de la fractura y la posición del tornillo cefálico*.

Bibliografía

- Murena L, Moretti A, Meo F, Saggiaro E, Barbati G, Ratti C, et al. Predictors of cut-out after cephalomedullary nail fixation of pertrochanteric fractures: a retrospective study of 813 patients. Arch Orthop Trauma Surg. 2018;138(3):351-9.
- Yoon JY, Park S, Kim T, Im G-I. Cut-out risk factor analysis after intramedullary nailing for the treatment of extracapsular fractures of the proximal femur: a retrospective study. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(1):107