

# Manejo politrauma: Fractura de tibia trifocal y fémur IIIB.

Roberto García Pérez, Adrián Roche Albero, Pablo Navarro López, Oier Abad Velaz, Jorge Hernando Sacristán, Carlos Martín Hernández

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

## Objetivos

Un politraumatizado es un reto para el cirujano ortopédico, resultando imprescindible la estabilización de las fracturas en un corto periodo de tiempo.

La afectación de las partes blandas son las que dirigen la secuencia de tratamiento, siendo necesaria una revisión second look a las 48 horas para un correcto manejo del paciente. La osteosíntesis definitiva podría realizarse a los 3-7 días.

## Material y Métodos

Varón de 62 años politraumatizado que presenta fractura abierta IIIB fémur izquierdo, fractura de meseta tibial derecha Schatzker VI, fractura trifocal de tibia izquierda (meseta tibial Schatzker VI, diafisaria transversa y tibia distal), y fractura conminuta de rótula izquierda.

## Resultados

Se procedió a la limpieza y desbridamiento de la fractura abierta de fémur. Se colocó un fijador externo Hoffman II transarticular en extremidad inferior izquierda. Se inmovilizó la limpieza y desbridamiento.

A la semana se intervino la extremidad inferior derecha con férula cruropédica. Ingresó en UCI. Cuarenta y ocho horas después del ingreso, se procedió a revisión second look revisando nuevamente las fracturas abiertas, realizando meseta tibial derecha mediante una osteosíntesis doble. Tres días más tarde se colocó una placa medial en tibia distal izquierda, así como una placa externa necesitando para el cierre de la región medial de la pierna un colgajo de rotación. El defecto posterior del gemelo se cerró con un injerto libre. Se mantuvieron pines Hoffmann II en fémur y tibia proximal, retirando pines de cóndilo medial y tibia distal. Se colocó un VAC en muslo izquierdo.

A los 17 días se realizó la osteosíntesis mediante cerclaje de fractura de rótula. Pasada una semana, se suspendieron los antibióticos tras cultivos negativos y ausencia de signos de infección.

A los 45 días se reinterviene con un injerto de piel parcial en la herida de la cara anterior del muslo izquierdo y en la región proximal de pierna izquierda.

Finalmente, a los 90 días se realizó la reconversión del fijador externo a osteosíntesis percutánea con placa LISS externa



## Conclusiones

En el paciente politraumatizado es importante realizar de forma urgente la cirugía de control de daños y el tratamiento adecuado de las partes blandas, que determina en gran medida el tratamiento secuencial de las fracturas.

## Referencias

1. Pape HC, Tornetta P 3rd, Tarkin I, Tzioupis C, Sabeson V, Olson SA. Timing of fracture fixation in multitrauma patients: the role of early total care and damage control surgery. *J Am Acad Orthop Surg.* 2009 Sep;17(9):541-9. doi: 10.5435/00124635-200909000-00001.PMID: 19726738.
2. Roberts CS, Pape HC, Jones AL, et al. Damage control orthopaedics: evolving concepts in the treatment of patients who have sustained orthopaedic trauma. *Instr Course Lect.* 2005; 54: 447-462
3. Crist BD, Ferguson T, Murtha YM, Lee MA. Surgical timing of treating injured extremities: an evolving concept of urgency. *Instr Course Lect.* 2013;62:17-28. PMID: 23395011.
4. Wolinsky PR & Min, W 2018. Evaluation of the trauma patient. In *AAOS Comprehensive Orthopaedic Review 2*. vol. 1, Wolters Kluwer Health, pp. 257-264.
5. Bates P, Parker P, McFadyen I, Pallister I. Demystifying damage control in musculoskeletal trauma. *Ann R Coll Surg Engl.* 2016 May;98(5):291-4. doi: 10.1308/rcsann.2016.0111. Epub 2016 Mar 29. PMID: 27023640; PMCID: PMC5227031.