



# DIAGNÓSTICO PRECOZ Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL RETARDO DE CONSOLIDACIÓN EN FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS FEMORALES

AUTORES: Cristina Fernandez Zavala, Pedro Muñiz Zatón, Gonzalo García Portal, Francisco Cuadrado Abajo, M<sup>a</sup> Isabel Perez Nuñez



## OBJETIVOS

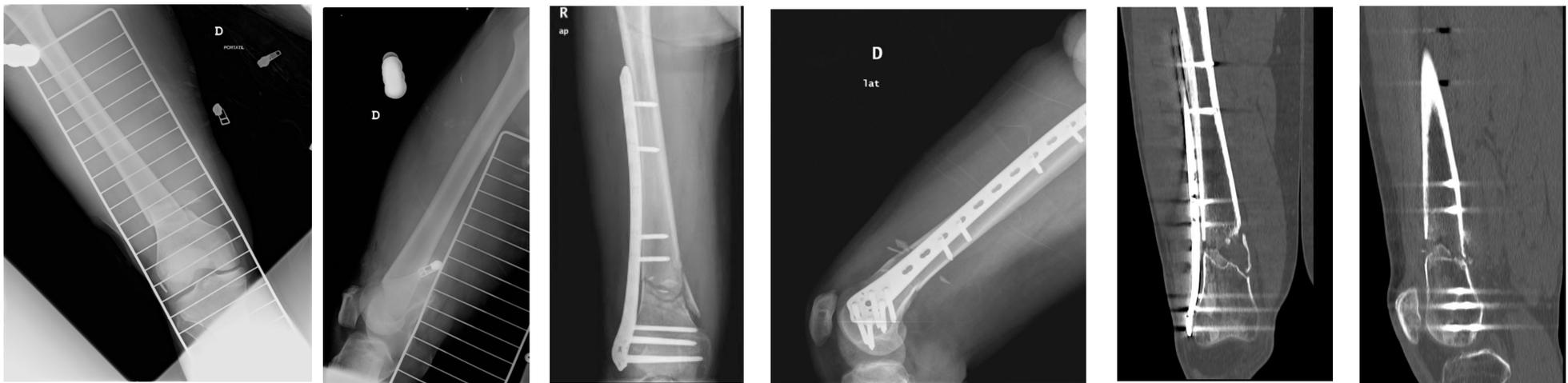
Exponer la importancia del diagnóstico y la actuación quirúrgica precoz en el retardo de consolidación en fracturas femorales distales

## MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 59 años y dos mujeres de 56 y 75 años; Se diagnostica de fractura supracondílea femoral derecha 33.A3.1 según clasificación AO-OTA en dos de los pacientes y una fractura periprotésica Rorabeck tipo II. Uno de los pacientes presenta una fractura abierta grado I, una paciente era fumadora y la tercera presentaba osteoporosis como **factores de riesgo**.

Reducción y estabilización con placa lateral de estabilidad angular inicialmente en todos los pacientes. No presentaron complicaciones de infección post-operatoria. Se autorizó movilidad inmediata y carga progresiva a partir de las 8 semanas.

En la evolución a los cuatro meses presentan movilidad media de 0-100 grados de media, pero con **dolor a la deambulación**. Las radiografías evidenciaban ausencia de consolidación y tras realizar CT-MTC se observó un **gap óseo medio de 3,1 en el lado medial**.



### INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: 4,5 MESES DESPUÉS de media. En todos los casos:

- Abordaje medial + toma de muestras del foco
- Decorticación + injerto autólogo cortico-esponjoso de cresta iliaca.
- Estabilización con tornillo interfragmentario y placa de reconstrucción medial de LCP de 3,5.



## RESULTADOS

No infección post-op. Entre los 4 y 6 meses se comprueba consolidación. Rango de movilidad de rodilla. 0- 120° de media y no doloroso. Evolución a los 2 años, deambulación sin ayudas con atrofia leve de cuádriceps.

## CONCLUSIONES

En fracturas supracondíleas de fémur se deben tener en cuenta los factores de riesgo que pueden condicionar pseudoartrosis. El **aporte de injerto autólogo corticoesponjoso y placa de estabilización medial**, antes del fracaso de la osteosíntesis supone una solución quirúrgica efectiva.

**El diagnóstico precoz y el aporte de injerto medial y osteosíntesis estable, son claves para evitar el fracaso de la osteosíntesis**



## BIBLIOGRAFÍA

1. Deng AD, et al. Vascularized Small-Bone Transfers for Fracture Nonunion and Bony Defects. Clin Plast Surg. (2020) ;47(4): 501-520.
2. Hak DJ et al. J et al. Delayed union and nonunions: epidemiology, clinical issues and financial aspects. Injury (2014); 2: 3-7.
3. Yoon BH et al. et al. Incidence of nonunion after surgery of distal femoral fractures using contemporary fixation device: a meta-analysis. Arch Orthop Trauma Surg. (2021); 141(2): 225-233.
4. Lodde MF, Raschke MJ, Stolberg-Stolberg J, Everding J, Rosslenbroich S, Katthagen JC. Union rates and functional outcome of double plating of the femur: systematic review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. (2021)

59 CONGRESO **secot**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA