

Fracturas peri-implante sucesivas: la importancia de los principios de osteosíntesis

Viño Loureiro, Miguel; González Alonso, Marcos; Bezos Cuaresma, Ángela; González Fernández, Juan José; López-Sastre Núñez, Antonio

OBJETIVO

Presentar una paciente **mujer de 88 años** no deambulante, que sufre una **fractura periprotésica de rodilla**, siendo intervenida posteriormente hasta en tres ocasiones debido a fallos en la osteosíntesis.



MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa la historia de la paciente que, tras sufrir dicha lesión, es intervenida quirúrgicamente, colocándosele un **clavo endomedular retrógrado** y bloqueado, corto.

A los tres meses de la cirugía, presenta dolor y deformidad en el muslo, evidenciándose una fractura diafisaria de fémur peri-implante. La paciente es nuevamente intervenida, retirándose el anterior dispositivo y colocándosele un nuevo clavo retrógrado, más largo que el anterior, pero cuyo extremo proximal no llega a la altura del **trocánter menor**.

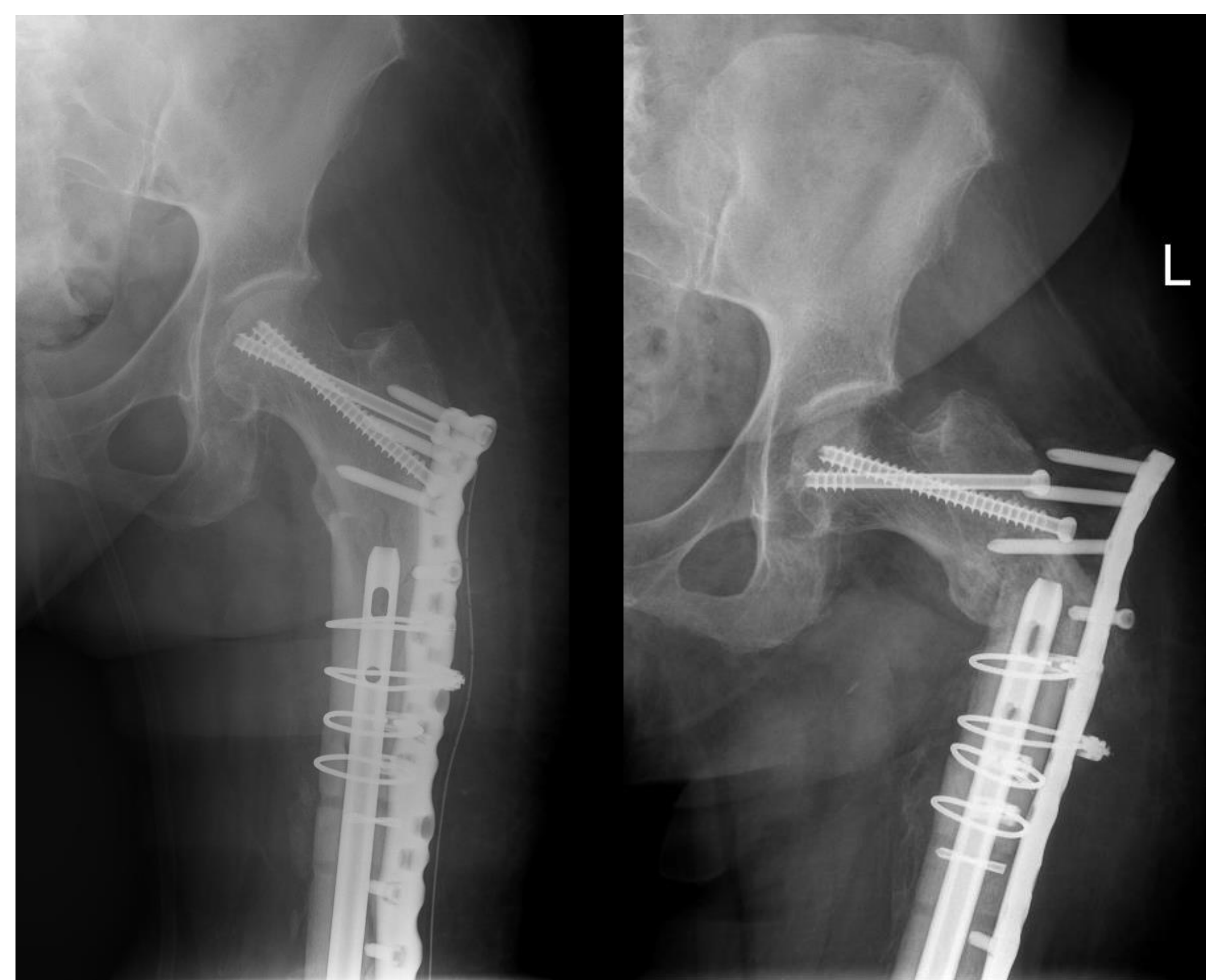
Un mes después de esta intervención, la paciente acude nuevamente a urgencias, con una fractura proximal al nuevo implante, subtrocantérea.

RESULTADOS

La paciente es intervenida quirúrgicamente por tercera vez. Se le practica una reducción abierta por medio de cerclajes y una osteosíntesis con una **placa con tornillos bloqueados** y **tornillos canulados** protegiendo el cuello femoral.

Durante el ingreso, sufre un proceso infeccioso de la herida quirúrgica. Se realiza lavado quirúrgico y se obtienen cultivos positivos para *Pseudomonas* y *Staphylococcus Epidermidis*. Se administra antibioterapia dirigida, mejorando la clínica.

En revisiones posteriores se observa un **nuevo desplazamiento** de la región subtrocantérica.



CONCLUSIÓN

Las fracturas periprotésicas de rodilla presentan una **creciente incidencia** debido al **envejecimiento de la población**, entre otras causas. Es imprescindible **valorar la estabilidad del implante** ya que, si se encuentra aflojado, deberá realizarse un recambio protésico con vástago largo. Si no se encuentra aflojado, puede realizarse una osteosíntesis con una placa con tornillos bloqueados a la placa (preferible en fracturas más distales y en aquellos pacientes con una pobre calidad de hueso) o un enclavado retrógrado del fémur, cuyo extremo proximal debería llegar hasta el trocánter menor, para disminuir la probabilidad de refracturas en la zona débil.