



XLI CONGRESO SOTOCAV



FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO DE UNA CONSOLIDACIÓN. BIFOSFONATOS Y PSEUDOARTROSIS



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹,
M. T. Was².

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xativa
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, M. T. Was²

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 83 años con antecedentes de traumatismo femoral izquierdo. Fue intervenida en el mismo día con una reducción abierta y fijación interna con material de osteosíntesis mediante un clavo T2 femoral.

Como antecedentes patológicos de interés presentaba: duplicidad pieloureteral derecha e intervenida de PTC derecha

En tratamiento con: ácido alendrónico (Bifosfonato), AINE inhibidor de la COX-2 y suplemento de carbonato cálcico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron analíticas preoperatorias, radiologías de tórax preoperatorios y de fémur izquierdo en Anteroposterior y Lateral.



Figura 1

Pruebas de control posteriormente: imágenes mediante fluoroscopia intraoperatoria y controles radiológicos postoperatorios.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, M. T. Was²

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)

RESULTADOS

Analíticas: normales.

Radiología: compatible con fractura de tercio medio diafisario de fémur izquierdo con trazo transversal (*Figura 1*).

En Marzo del 2012 fue intervenida con una reducción abierta y fijación interna con material de osteosíntesis mediante un clavo T2 femoral (10x340 mm), fijado con tornillos de bloqueo 2 proximales (estático y dinámico) y 2 distales (estáticos). Al alta se recomendó la deambulación con ayuda de un andador y con orden de no apoyar la pierna intervenida hasta nueva orden médica (*Figuras 2 y 3*).

En los meses posteriores la evolución parecía favorable. La herida cicatrizada perfectamente. La paciente colaboradora satisfactoriamente.



Figura 2



Figura 3

En Junio del 2012 fue intervenida para extraer el tornillo estático proximal y así permitir la dinamización del foco fractuario, permitiendo en los meses venideros la deambulación con descarga parcial y controles seriados en consulta.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, M. T. Was²

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)

En Febrero de 2013, la radiología de control mostraba un defecto de unión, con bordes atróficos. Se estableció el diagnóstico de Pseudoartrosis (**Figuras 4 y 5**).



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

En Marzo de 2013 fue intervenida con extracción de clavo, fresado endomedular y nueva fijación interna con osteosíntesis mediante nuevo clavo T2 femoral más grueso (14x360 mm), fijado con tornillos de bloqueo nuevamente. Intraoperatoriamente se observó la rotura por estrés de uno de los tornillos distales de bloqueo, quedando internamente en el canal medular (**Figuras 6 y 7**).

Fueron infiltrados factores plaquetarios intraoperatoriamente en el mismo foco pseudoartrosico.

[A. D. Jover Mendiola¹](#), [J. O. Sous Sánchez¹](#), [C. E. Cobo Cervantes¹](#), [M. T. Was²](#)

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① Varios factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, pueden influir en la consolidación de una fractura. Podemos citar entre ellos en este caso concreto tales como el tipo de trazo de fractura (transversal) que permite un menor contacto y mayor micromovimientos en cuanto a estabilidad, el antecedente de una PTC derecha que implica alteraciones en la deambulación por dolor como por ejemplo un aumento de la sedestación. La edad y el sexo ligados inherentemente a la osteoporosis, y determinados fármacos que disminuyen la inflamación y por tanto la escala de la formación de callo perifractuario (AINES).
- ② Hay estudios que abogan que los Bifosfonatos también retrasan e interfieren con la consolidación ósea.
- ③ Ante una fractura cualquiera, hay que estudiar y analizar detenidamente los factores que pueden influir en el resultado de una consolidación, pese a reducciones anatómicas.