

Pandiafisitis del fémur tratada con injerto homólogo: a propósito de un caso seguido de mayo de 1978 a julio de 2008

Dr. Héctor J. Acosta F. *

Dr. Héctor J. Acosta F. **Pandiafisitis del fémur tratada con injerto homólogo: a propósito de un caso seguido de mayo de 1978 a julio de 2008.** Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología / Vol. 40 / Nº 2 / Junio 2008.

RESUMEN

Masculino de 36 años, con trauma generalizado causado por accidente de tránsito ocurrido el 18 de septiembre de 1977, presenta fractura conminuta a nivel de tercio medio de fémur izquierdo cerrada; fragmento en mariposa. Se coloca tracción esquelética, con posterior tratamiento quirúrgico abierto, colocación de clavo endo medular no convencional, tornillo de Sherman para fragmento en mariposa. Evolución tórpida proceso infeccioso supurativo severo, posterior a 2 meses se realiza limpieza quirúrgica y colocación de injerto de ternera (xenoinjerto), persiste proceso infeccioso. Compromiso del foco de fractura.

Se decide practicar limpieza quirúrgica y diafisectomía (15 cm.), se mantiene espacio con tutor externo. Primer tutor externo usado en Mérida.

Curas planas sucesivas bajo anestesia general inhalatoria. En mayo 1978 se presenta paciente con fractura conminuta a nivel de tercio medio de fémur izquierdo y fractura intercondilea antes tratada. Se practica amputación a nivel de muslo, se preparó la tibia 19 centímetros lineales, remodelada dando aspecto cilíndrico en los extremos, se coloca injerto en espacio correspondiente a fémur. Se mantiene con clavo de Kunther Nº 12 X 42 de acorde a la longitud

de los segmentos óseos. Injerto de esponjosa a nivel de los extremos.

Después de treinta años de intervenido, el paciente se encuentra en buenas condiciones con acortamiento compensado con realce en el calzado y limitación de la flexo-extensión de la articulación de la rodilla izquierda. **Palabras clave:** Trasplante óseo/met., fractura de fémur/diag., clavos ortopédicos/met., transplante heterólogo, ortopedia.

ABSTRACT

Male 36 years old with generalized trauma caused by traffic accident on September 18, 1977. He presented a closed comminuted midshaft left femur fracture. Skeletal traction was used, with subsequent open surgical treatment and an no conventional intramedullary nailing and Sherman's screws. Torpid evolution, with severe suppurative infectious process. Then a surgical cleaning and 15 cm. diaphisectomy was performed, and a domestic external fixator was held with successive surgical cleaning. In May 1978 a tibia tubular homologous graft was placed in the femur spaces and a Kunstcher nail. The patients is in good condition after 30 years of this intervention, with knee flexo- extension limitation and shortening being compensated. with a shoe enhancement.

Paciente de 36 años de edad, con trauma generalizado causado por accidente de tránsito ocurrido el 18 de septiembre de 1977, medicado acorde al caso y evaluado clínica y radiológicamente. Presenta fractura conminuta a nivel de tercio medio de fémur izquierdo, cerrada, fragmento en "mariposa". Se coloca tracción esquelética y después de varios días de tracción se realiza tratamiento quirúrgico abierto, colocan clavo endomedular no convencional, tornillos de Sherman para fragmento en mariposa (figura nº 1). Evolución

tórpida, proceso infeccioso supurativo severo, compatible con osteomielitis. En noviembre de 1977 (2 meses de evolución), se realiza limpieza quirúrgica y colocan injerto de ternera (xenoinjerto), el proceso infeccioso persiste con compromiso del foco de fractura (figura nº 2).

En el desarrollo de las Primeras Jornadas de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario de Los Andes y en reunión conjunta, se decide practicar limpieza quirúrgica y diafisectomía (15 centímetros lineales) de hueso severamente comprometido (4), se mantiene espacio con tutor externo. Primer tutor externo usado

* Profesor Titular de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Los Andes

en Mérida. Curas planas sucesivas bajo anestesia general inhalatoria.

El aspecto del tejido óseo mejora al igual que las partes blandas. Al plantearse la posibilidad de colocar injerto óseo masivo es imposible conseguir el material

Figura nº 1.



Paciente de 36 años de edad con fractura conminuta de fémur izquierdo, es tratado con reducción abierta y la colocación de un clavo que de manera aparente era autobloqueante y tornillos de Sherman®.

Figura nº 2.



Evolución torpida con proceso infeccioso.

a utilizar. Se mantienen las curas quirúrgicas semanales.

Para marzo de 1978, en virtud de presentarse pacientes traumatizados con severa lesión de pie izquierdo cercenado a nivel de la tibiotalariana sin lesión tibial y fractura intercondílea de fémur, tratada con tornillos de esponjosa de 6,5mm. con rosa 32 mm. Evolución satisfactoria alta por mejoría. Dos meses posteriormente, nuevo traumatismo grave con fractura conminuta a nivel de tercio medio de fémur izquierdo y refractura de la intercondílea antes tratada. Se practica amputación a nivel de muslo y en conversación paciente y familiares se le solicitó la donación de fragmento óseo.

Paciente donante y receptor en buenas condiciones locales y generales, se preparó la tibia 19 centímetros lineales, remodelada dando aspecto cilíndrico en los extremos y preparado el paciente receptor. Pabellones contiguos, equipos diferente y bajo riguroso cuidado de asepsia y antisepsia (mayo 1978), se colocó injerto en fractura intervenida en el espacio correspondiente al fémur. Se mantiene con clavo de Kunther Nº 12x42, acorde a la longitud de los segmentos óseos. Injerto de esponjosa a nivel de los extremos. Se protegió con espica de yeso (figura nº 3).

Evolución satisfactoria. Después de 30 años de intervención y con buenas evoluciones periódicas, el paciente se encuentra en buenas condiciones con acortamiento compensado con realce en el calzado y limitación de la flexo-extensión de la articulación de la rodilla izquierda. El paciente cumple sus actividades en la vida diaria a cabalidad. (figuras nº 4 y 5).

PARA RECORDAR. COMENTARIO

A partir de 1.960 y basado en los conocimientos de la respuesta inmune se empieza a utilizar aloinjertos del aparato locomotor con resultados esperanzadores. Después de la sangre, el hueso es el tejido humano que se emplea con más frecuencia como injerto. La demanda de tejido u otro tejido sustituto permisible en la reconstrucción de defectos del aparato locomotor están en estudio y revisiones.

RECOMENDACIONES

- Utilización en los aloinjertos de material de síntesis adecuado, y no debe disminuir la resistencia de la pieza con la colocación de tornillos, etc.
- Es importante la inmovilización rígida y estricta del foco de fractura hasta conseguir la formación de cayo óseo que demuestre la viabilidad y vitalidad del injerto.
- El cirujano actuante debe elegir el injerto a utilizar con mayor seguridad de integración que el brinde y evitar el máximo de complicaciones de riesgo.

Figura nº 3.



Evolucion a los 5 meses de colocado el injerto, octubre de 1978, se evidencia el clavo de Kunstcher intramedular y el yeso tipo espica que se le asocio.

Figura nº 4.



Consolidación y osteointegracion del injerto 30 años después.

Figura nº 5.



El paciente 30 años después, es evidente el acortamiento del miembro inferior izquierdo, pero es capaz de soportar carga total.