

25 años
MADRID 2014

Congreso Anual
SOMACOT
16 y 17 OCTUBRE

Nº 16

FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR POR PROYECTIL DE ESCOPETA. A PROPÓSITO DE UN CASO

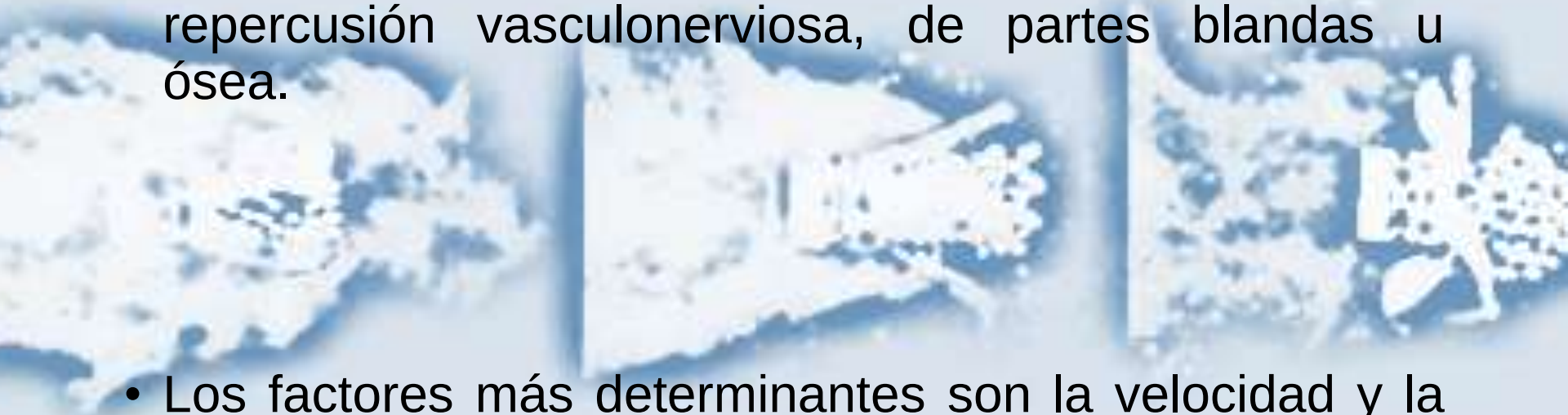
Rico Villoras, Alberto Manuel; Moreno Velasco,
Aurelio; Merry del Val de la Campa, Borja;
González González, María Soledad; Nómez
Tallón, Ángel

50
ANIVERSARIO
[1964-2014]

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología – Hospital
Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda

Introducción

- Las heridas por arma de fuego en nuestro medio son infrecuentes y pueden implicar lesiones complejas con repercusión vasculonerviosa, de partes blandas u ósea.



- Los factores más determinantes son la velocidad y la masa del proyectil. Característicamente, las armas de alta velocidad producen cavitación dentro del tejido.
- La fractura diafisaria del fémur es la más común de los huesos largos en relación a armas de fuego y requiere un manejo basado en el ATLS.

Paciente de 48 años que es trasladada en helicóptero a nuestro hospital tras sufrir herida por arma de fuego en cara posterior de muslo derecho de 3cm de diámetro con orificio de salida de 15x8cm en región lateral de gran tamaño.



Orificio de
entrada



Orificio de salida

Se explora en box vital, no apreciándose lesión neurovascular y se realiza radiografía simple donde se visualiza una fractura diafisaria de fémur que se clasifica como Gustilo IIIa. Posteriormente, se llevan a cabo Eco-Doppler y angioTC descartando lesión vascular.



- Tras una correcta profilaxis antibiótica, se realiza lavado y fijación de la fractura con fijador externo tipo Hoffman con dos pines proximales y dos distales bajo control radiográfico.



- Una vez estabilizada, se procede a explorar y limpiar ambas heridas, con toma de muestras, consiguiéndose cerrar ambas previa reconstrucción de vasto externo y fascia lata.





Diez días después, con un postoperatorio satisfactorio y buen estado de la piel, se procede a retirar fijador externo y realizar enclavado intramedular con clavo de 11,5 mm de 420 mm de longitud con dos bloqueos distales y uno proximal.





Al alta, la paciente inicia rehabilitación, manteniéndose 6 semanas en descarga, tras las cuales la paciente inicia carga progresiva con buena tolerancia, siendo capaz de deambular sin dispositivos de ayuda a partir de los 3 meses del accidente.

Conclusiones

- Las lesiones por arma de fuego pueden implicar lesiones complejas de partes blandas, neurológicas y vasculares
- El diagnóstico y tratamiento precoz son vitales para el pronóstico de las mismas
- En caso de lesión vascular, se debe dar prioridad a la reparación de la misma y a la fijación de la fractura.
- La fijación externa es un tratamiento eficaz para estabilización de la fractura en urgencias a la espera de tratamiento definitivo

Bibliografia

- 1. Rybeck B, Janzon B, Absorption of missile energy in soft tissue. Acta Chir Scand 1976; 142(3): 201-207
- 2. Anderson JT, Gustilo RB. Immediate internal fixation in open fractures. Orthop Clin North Am 1980; 11:569-578
- 3. Nikolic D, Jovanovic Z, Turkovic G, Vulovic R, Mladenovic M. Subtrochanteric missile fractures of the femur. Injury 1998; 29: 743-749
- 4. Weil YA, Petrov K, Liebergall M, Mintz Y, Mosheiff R. Long bone fractures caused by penetrating injuries in terrorist attacks. J Trauma 2007; 62: 909-912