

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS
CÁTEDRA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
(PROF. A. LÓPEZ ALONSO)

Patología Traumática Asociada poco Frecuente: Avulsión del L.C.P. y Fractura Ipsilateral de Diáfasis Femoral (Presentación de un caso)

F. MANDIA MANCEBO, H. FRIEND SICILIA, J.L. GARCIA ESTRADA,
P. CORTES, A. LOPEZ ALONSO

RESUMEN

Los autores presentan un caso de asociación de fractura diafisaria de fémur junto con lesión de ligamento cruzado posterior.

Distintos trabajos muestran el alto porcentaje de lesiones ligamentosas de la rodilla, que pasan desapercibidas en un primer momento, diagnosticándose tardíamente.

Los autores pretenden enfatizar dicha posibilidad.

Descriptores: Asociación fractura femoral, lesión ligamento cruzado posterior de rodilla.

SUMMARY

One case of femoral shaft fracture with acute posterior cruciate rupture is showed by the authors.

There are differents papers than point out this association and the late diagnosis of the ligament injury.

Key Words: Femoral shaft fracture and rupture of ligaments of the knee.

INTRODUCCIÓN

Por la dificultad intrínseca que tienen los traumatismos graves para hacer un perfil diagnóstico más o menos exacto de todas las lesiones, la concomitancia de rotura de ligamentos de rodilla con fractura de fémur

ipsilateral puede pasar fácilmente inadvertida. Pedersen y Serra (1968) (1), en un trabajo sobre una serie de seis pacientes llegan a afirmar que la incidencia de esta asociación es desconocida. Diez años más tarde, Dunbar y Coleman (2), encuentran un 25% de enfermos con laxitud ligamentosa significativa en una

serie de 20 enfermos, y Walery y Kennedy (3), en veintitres pacientes de un total de veintiseis, afirman que la lesión ligamentosa no se evidenció durante el período inicial de hospitalización.

Con la presentación de un caso ocurrido en nuestro Servicio, evidenciado desde su ingreso, intentamos enfatizar la posibilidad de asociación lesional, que aunque infrecuente, reviste mucha importancia para el futuro del paciente.

CASO CLÍNICO

Presentamos un varón de 24 años de edad recibido en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital tras sufrir un accidente al colisionar un automóvil con su moto.

En el examen físico inicial, sus constantes son normales, está consciente y orientado, y aqueja dolor e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo (en antecurvatum) localizada en el muslo y una herida-abrasión en la cara anteroexterna de la rodilla del citado miembro. No encontramos déficit circulatorio y la movilización del pie y sensibilidad son normales.



Foto 1: Imagen Rx de rodilla, en la que puede apreciarse la osteosíntesis del fragmento arrancado por el L.C.P. y la placa atornillada estabilizadora de la fractura diafisaria femoral.



Foto 2: Imagen radiológica represiva de patología traumática asociada: fractura diafisaria de fémur y arrancamiento de la espina tibial posterior.

El paciente carece de otra sintomatología que haga sospechar lesión de órgano vital.

En la exploración radiológica del miembro inferior izquierdo se observa: 1/ Fractura de trazo transversal entre los tercios medio e inferior de la diáfisis femoral desplazada. 2/ Fragmento óseo correspondiente al reborde paraarticular posterior de la parte central de la extremidad proximal de tibia (Foto 1). Los análisis de laboratorio los consideramos dentro de la normalidad.

Tras estos momentos preliminares, es llevado a quirófano, con el diagnóstico de certeza de fractura de diáfisis femoral izquierda y el diagnóstico presuntivo de arrancamiento de inserción tibial de ligamento cruzado posterior, colocándosele una tracción transtibial.

A los seis días, se toma la decisión de hacer osteosíntesis de la fractura de fémur con una placa de autocompresión, comprobándose tras el sólido montaje, una inestabilidad posterior sin componente rotatorio en la rodilla. El miembro operado lo inmovilizamos además con una férula posterior de yeso inguinopédica; así, hasta tres semanas después, que es intervenido de nuevo, con el paciente en decúbito prono, por un abordaje posterior en hueco popliteo, de la avulsión de la inserción del LCP: se localizó el fragmento, y se le reinsertó en su lecho con un tornillo de esponjosa (Foto 2), visualizándose la cápsula posterior no encontrando lesiones asociadas.

El paciente permaneció enyesado 6 semanas comprobándose al retirar el yeso en un control RX, signos de consolidación de la fractura, por lo que se introdujo al enfermo en un programa de rehabilitación de su rodilla y carga asistida.

A los tres meses y medio, la fractura estaba consolidada y el paciente caminó sin bastones y el arco articular y la estabilidad de la rodilla son normales.

DISCUSIÓN

Reconocer esta asociación (lesión ligamentosa más fractura diafisaria femoral) tempranamente exige sospecharla, y aunque inicialmente en la exploración física la deformidad y el dolor producidos por la propia fractura sólo permite examinar la rodilla de manera limitada, es a los pocos días la aparición de equinosis o hinchazón de rodilla, lo que nos debe hacer pensar en ella (1,4); si bien en nuestro caso el hallazgo radiológico fue bastante evidente o concluyente. Walling y cols. (4), recomiendan la utilización de un clavo de Steinmann transcondileo para estabilizar el fémur temporalmente (pues las maniobras convencionales de exploración no se pueden hacer por la fractura) y realizan radiografías de stress y si no evidencia nada anormal durante las mismas retiran el clavo condileo y colocan uno en tibia proximal para continuar el período de tracción de la fractura.

La génesis lesional de esta rara entidad la preside un trauma de alta energía que puede llevar a la rodilla a un valgo o varo extremos o a una hiperextensión; en nuestro enfermo nos atrevemos a decir que el miembro recibió un impacto directo con la rodilla en flexión, desplazándose la tibia proximal hacia atrás y sin agotarse la fuerza, fracturó la diáfisis; la otra posibilidad de ruptura en hiperextensión como afirma Kennedy y cols. (5), nos parece más remota aunque no imposible, pues el caso que nos ocupa fue un accidente de moto, situación que también coincide con los datos recogidos en muchas series (6, 7 y 8).

En cuanto a la estrategia terapéutica escogida por nosotros, pensamos que era mejor

operar primero el fémur, y luego a las tres semanas aproximadamente abordar el LCP, pues Trickey (9) considera en las avulsiones de este ligamento las 3 semanas como fecha límite ideal. Sin embargo, Takehiko (6) opina que la reparación aunque sea más tardía es satisfactoria si el fragmento es grande y considera el abordaje posterior en el hueco popliteo como el más adecuado, como otros muchos autores (10,11). Creemos que el planteamiento es modificable según la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pedersen, H.E. y Serra, J.B. : "Injury to the Collateral ligaments of the Knee associated with femoral shaft Fracture". Clin. Orthop. 1968, 60: 119-121.
- 2.- Dunbar, W.H. y Coleman, S.S. : "Occult knee Injuries associated with Ipsilateral Femoral Fractures. A prospective study". Orthop. Trans., 1978, 2: 253.
- 3.- Walker, D.M. y Kennedy, J.C. : "Occult knee ligament Injuries associated with femoral shaft fractures". Am. J. Sports. Med., 1980, 8: 172-174.
- 4.- Walling, A.K., Sredge, H. y Spigel, P.G. : "Injuries to the knee ligaments with fractures of the femur". J. Bone Joint Surg., 1982,64-A: 1324.
- 5.- Kennedy, J.C. y Grainger, R.W. : "The posterior cruiate ligament". J. Trauma, 1967, 7: 367-377.
- 6.- Takehiko, T. : "Isolated avulsin fracture of the tibial attachment of the posterior cruciate ligament". J. Bone Joint Surg., 1977, 59-A: 68-72.
- 7.- Kennedy, J.C., Roth, J.H. y Walker, D.M. : "Posterior cruciate ligament injuries". Orthop. Dig. 1979: 19.

- 8.- Warren, R.F.: "Lesiones Ligamentarias Agudas". En: CIRUGIA de la RODILLA. INSALL, J.N. y cols. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1986: 295-329.
- 9.- Trickey, E.I.: "Rupture of the posterior cruciate ligament of the knee". J. Bone Joint Surg., 1968: 50-B; 334-341.
- 10.- Brennan, J.J.: "Avulsion Injuries of the posterior cruciate ligaments". Clin. Orthop. 1960, 18: 157-162.
- 11.- O'Donoghue, D.H.: "An Analysis of the end results of surgical treatment of Major Injuries to the ligaments of the knee". J. Bone Joint Surg. 1955, 37-A: 1.