

*PRESENTACIONES DE ENFERMOS, RADIOGRAFÍAS E
INSTRUMENTOS (PERI)*

Rodilla flotante, conducta inicial

Dr. EDUARDO ZARBA*

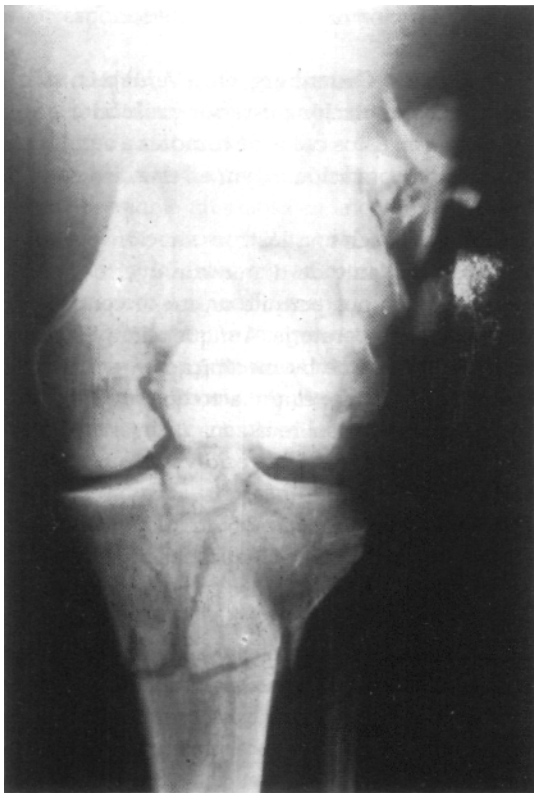


Fig. 1. Radiografía de ingreso, gran conminución supracondílea, expuesta, más fracturas intraarticulares femorales y tibiales.



Fig. 2. Imagen en el perfil de la lesión.

Paciente de 55 años que sufre accidente de tránsito, con fractura expuesta de alta energía Tipo III B de Gustilo, con herida anfractuosa en cara externa de región supracondílea, rodilla iz-

quierda, de 2 x 2 cm; además presentaba una fractura cerrada de diáfisis humeral izquierda con un tercer fragmento.

El paciente consulta a las 72 horas del accidente. Se realiza a su ingreso una limpieza quirúrgica, comprobando una buena evolución de las lesiones en partes blandas.

El estudio radiográfico mostraba una fractura supraintercondílea conminuta en rodilla izquierda

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Sanatorio del Norte, Maipú 617. (4000) San Miguel de Tucumán.

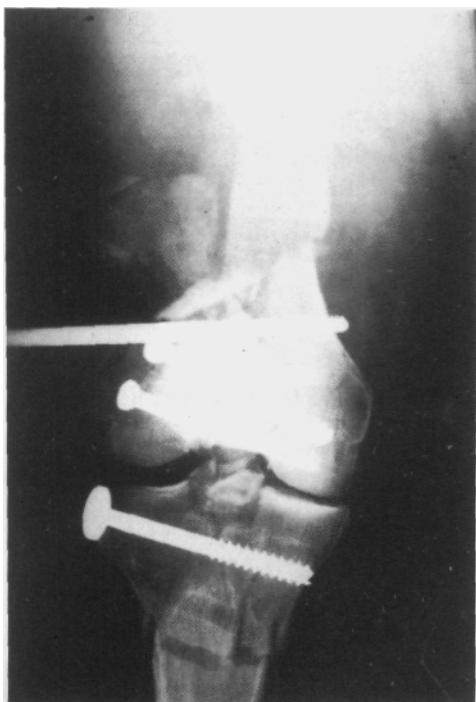


Fig. 3. Postoperatorio, reducción y osteosíntesis con tornillos canulados de las superficies articulares de fémur y tibia, más estabilización con tutor externo monoplanar, uno de cuyos clavos toma un fragmento de cortical femoral interna para evitar su desplazamiento traccionada por los gemelos.

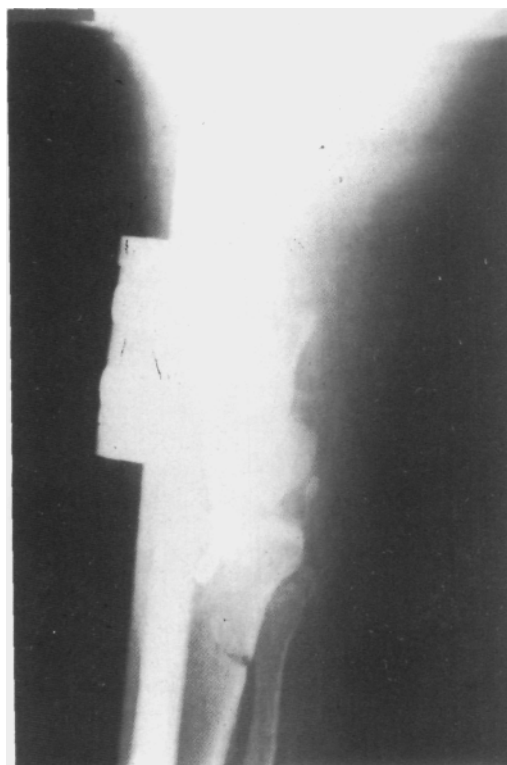


Fig. 4. Perfil con el tutor colocado.



Figs. 5 (izquierda) y 6 (derecha). Fractura de húmero homolateral con parálisis del nervio radial.



Fig. 7. Enclavado endomedular de la fractura de húmero.



Fig. 8. Paciente con el tutor colocado.



Fig. 9. Cicatriz operatoria.

y una fractura intraarticular sin desplazamiento de platillos tibiales.

Debido a la complejidad del caso se decide en el ateneo del Servicio reconstruir la superficie articular femoral y tibial con tornillos canulados, estabilizando el montaje con un tutor externo monoplanar fijo a fémur y tibia, agregando suplemento para transporte del tercer fragmento que se fija al cóndilo interno femoral. A pesar de estar en desacuerdo con la colocación de clavos en el foco

de fractura, no nos quedó otro proceder (en forma temporaria), para evitar el desplazamiento en flexión provocado por los gemelos.

La reconstrucción articular fue satisfactoria y el montaje estable. La evolución de la herida fue favorable.

La segunda etapa del plan será realizar un aporte óseo biológico en la zona de la conminución supracondílea, previo retiro del clavo intrafocal.