

**PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS
E INSTRUMENTOS**

**Ruptura de la femoral profunda en fractura
intertrocantérica**

Dres. MARCOS WAISSMANN*, LUIS CARIOLA, DANIEL VILLALOBOS
y ARIEL F. WAISSMANN

Presentamos el siguiente caso: A.D., mujer de 65 años que padece trastornos neurológicos en miembros inferiores desde hace veinte años, después de una cirugía en su columna vertebral por un tumor benigno.

El cuadro neurológico, que se mantenía estable, consistía en dificultad para la marcha (que la hacía con dos bastones) por debilidad muscular que la obligaba a pasar la mayor parte del día sentada, y una marcada disminución de la sensibilidad a partir de la pelvis. Tiene control de esfínteres.

Ingresa en nuestro Servicio en mayo de 1988, con el diagnóstico de **fractura patológica del cuello femoral derecho**.

La paciente refiere que hace dos meses tropieza y cae al suelo. Como la sensibilidad está disminuida, no tuvo prácticamente dolor, pero nota que desde entonces su dificultad para deambular se agrava progresivamente, hasta que en las últimas semanas debe guardar reposo en cama.

Después de tres semanas del accidente, ella se palpa "una dureza" en región inguinal derecha que es tratada como proceso inflamatorio.

Como el bulto sigue aumentando de tamaño muy lentamente, le toman entonces

una radiografía (cincuenta días después de su caída) y observan una fractura del cuello femoral que, agregada a la masa tumoral que presentaba, le hacen el diagnóstico de "fractura patológica" y es derivada al hospital para su tratamiento.

En el momento del examen presentaba una gran masa tumoral en región inguinal derecha, dura, insensible a la presión (¿por su problema neurológico?), no se palpaban latidos y no estaba adherido a partes blandas. El miembro estaba en rotación externa y acortado, y no existía alteración de los pulsos distales.

La radiografía (Fig. 1) mostraba un "estallido" de la zona trocanteriana con



Fig. 1. Radiografía anteroposterior de la cadera derecha. Se observa un "estallido" de la base del cuello femoral (señalado por las flechas blancas) y de la zona trocanteriana (flechas negras), con gran separación entre los fragmentos óseos.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Francés, La Rioja 951, Buenos Aires.

una densidad aumentada de las partes blandas que realmente inducía al diagnóstico de **fractura patológica por lesión tumoral**. Tal es así que pasó como un tumor más y por ello no tomamos radiografías del caso.

El laboratorio lo único que indicaba era una marcada anemia de 1.800.000 y una eritrosedimentación elevada.

Para completar el estudio, se solicita centellograma óseo y tomografía computada. El primero sólo da hipercaptación a nivel de la cadera derecha y la segunda (Fig. 2) muestra una masa ocupante voluminosa, de densidad homogénea, no compatible por

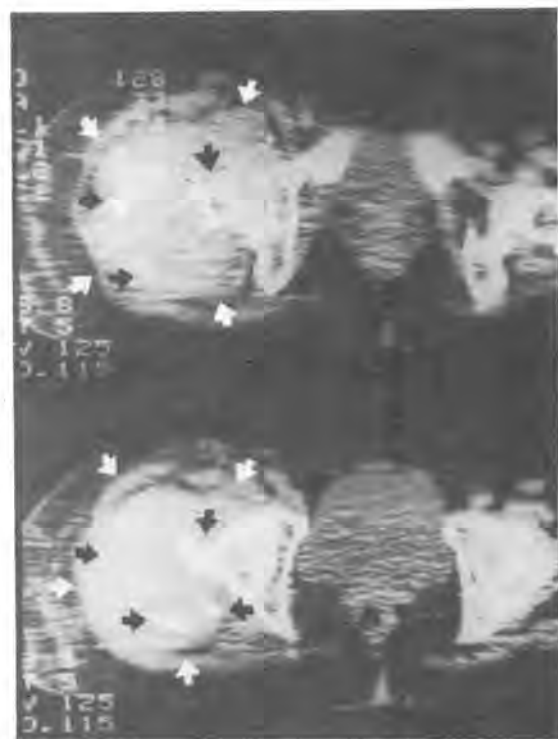


Fig. 2. Tomografía computada: **Arriba:** corte que pasa por la parte inferior del cuello femoral. La flecha negra vertical señala el cuello femoral y las horizontales fragmentos óseos inmersos en una gran masa ocupante de densidad homogénea, enmarcada por las flechas blancas. **Abajo:** corte que pasa por el centro de la cabeza femoral. Vale la misma leyenda del corte anterior.

interponiéndose entre fragmentos óseos del cuello femoral.

Se decide entonces realizar una biopsia quirúrgica (previa punción para descartar contenido líquido, que fue negativa), y nos encontramos con la sorpresa de que había coágulos sanguíneos organizados, los que se fueron extirpando para llegar al plano óseo, hasta que en un momento dado salió un "chorro a presión de sangre fresca" que pudimos controlar con mucha dificultad con taponaje a presión, y la suerte nos ayudó, porque en el quirófano contiguo estaban los cirujanos vasculares, que de inmediato nos ayudaron y se pudo comprobar una "laceración" de 2 cm en la arteria femoral profunda, procediéndose a la ligadura de la misma.

Debido a la gran pérdida sanguínea durante el acto operatorio, sumada a la anemia previa que tenía, la paciente tardó alrededor de 45 días para estar en condiciones quirúrgicas (cinco meses desde el accidente) y le realizamos un reemplazo no convencional con coto autobloqueante.

En la actualidad lleva dos años de operada y de su cadera anda muy bien, aunque deambula muy poco por su problema neurológico.

COMENTARIO

El objetivo de esta presentación es llamar la atención sobre esta rara complicación en una fractura del cuello femoral.

En la revisión bibliográfica hemos encontrado publicaciones de laceraciones y falsos aneurismas de la femoral profunda como complicación de osteosíntesis y osteotomías del fémur y muy pocos informes, todos a propósito de un caso como el que mostramos, que siempre fueron en fracturas intertrocantericas.

sus valores con hematoma, la que prácticamente ocupa la mayor parte de la cadera,

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham E, Pankovich AM, Jansey F: False aneurysm of the profunda femoris artery resulting from intertrochanteric fracture. A case report. *JBJS* 57-A: 871, 1975.
2. Mauerhan DR, Maurer RC, Effiney D: Profunda femoris arterial laceration secondary to intertrochanteric hip fracture fragments. *Clin Orthop* 161: 215, 1981.
3. Isaacson J, Louis DS: Arterial injury associated with closed femoral shaft fracture. *JBJS* 57-A: 1147, 1975.
4. Soballe K, Christensen F: Laceration of the superficial femoral artery by an intertrochanteric fracture fragment. *JBJS* 69-A: 781, 1987.
5. Whitehill R, Wang GJ, Edwards JR, Stamp WG: Late injuries to femoral vessel after fracture of the hip. *JBJS* 60-A: 541, 1978.