

COMPLICADA EVOLUCION DE UNA FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR

Dres. Sanchez Sañudo, Sergio Rebaudi y Alfonso Pujol (h)

El caso que presentamos, no es, debemos reconocerlo, del dominio exclusivo de la urología pero nos ha parecido de interés por los accidentes que presentó la paciente.

Se trata de una enferma que siendo operada a los 38 años por luxación de la cadera, se le fijó la articulación coxofemoral por medio de un clavo. Desde la fecha de esa intervención, en el año 1954, hasta el momento en que llegó a nosotros, se sucedieron episodios que la llevarían a sufrir sus complicaciones urológicas.

HISTORIA CLINICA

Antecedentes Personales: En 1954 fijación de la articulación coxofemoral derecha con clavo debido a luxación, 1966 histerectomía subtotal por fibroma.

Desde 1958, hipertensión de 190 de máxima. En 1960 se encuentra una glucemia de 1,80 que es tratada.

Hacia el 30 de Enero de 1968 la paciente presenta un cuadro de fiebre continua, astenia y dolor progresivo en muslo y pierna derecha. Como el tratamiento médico no consigue mejorar los síntomas es internada el 19 de Febrero de 1968 en una sala de cirugía general donde se le diagnostica tumor pelviano.

A las 24 horas se le realiza la intervención comprobándose la existencia de una masa tumoral retroperitoneal, la que al ser escindida deja paso a gran cantidad de coágulos y sangre. Como la presión máxima de la enferma desciende a 80 mm. se decide suspender la operación no sin antes ligar una arteria que se supone es la ilíaca externa, se deja taponaje.

Se traslada la enferma a una sala de cirugía vascular, bajo diagnóstico de aneurisma de ilíaca externa. A esa altura de los acontecimientos presenta sobre fosa ilíaca y flanco derechos, un tumor liso, redondo, cuyo límite superior llega al ombligo y que hace cuerpo con pelvis. Duro, fijo y casi indoloro.

En la intervención de urgencia se encuentra pseudo aneurisma de ambas ilíacas derechas producido por el clavo fijador de la articulación coxofemoral. Se efectúa un by-pass ilíaco femoral y se ligan las arterias ilíacas interna y externa en forma proximal y distal. Durante las maniobras de evacuación de los coágulos organizados y de liberación de los vasos se secciona el uréter efectuándose un abocamiento término terminal.

A partir del cuarto día del post-operatorio la enferma comienza a sentir dolores gravativos en ambas fosas lumbares. El cuadro vá aumentando de intensidad dando paso a verdaderos cólicos bilaterales a predominio izquierdo, fiebre de 39° y hemato-piuria.

El 7ero de marzo de 1968 es internada en la sala de urología del Hospital Rawson. Se le efectúa un urograma en el que: (mostrar diapositivas), describir 1 - uronefrosis derecha determinada por el fracaso de la sutura término terminal del uréter - 2 Uronefrosis izquierda por litiasis del tamaño de carozo de aceituna enclavada en tercio inferior de uréter. Dado que hasta los 60' no se aprecian sustancias de contraste en vejiga, se decide intervenir el lado menos perjudicado para asegurar la función renal de la paciente.

La operación se realiza sin contratiempos extrayéndose la litiasis; el post operatorio transcurrió normal.

No obstante nuestras intenciones de explorar uréter derecho para efectuar una plástica definitiva, la enferma debió ser trasladada a la Sala de Traumatología, pues el clavo

fijador de la articulación progresa por pelvis hacia médula lumbar asegurándole un futuro con trastornos neurológicos de importancia.

Hemos considerado este caso de un interés médico que sobrepasa los límites de la especialidad, pues si bien los problemas urológicos no fueron excepcionales, si lo fué el motivo desencadenante de ellos.

RESUMEN:

Se presentó una enferma con lesiones producidas por el avance incontrolado de un clavo fijador de articulación coxofemoral derecha.

DISCUSION

Dr. Bernardi. Evidentemente, es una odisea anatómica y patológica. Por primera vez, un clavo resulta un verdadero clavo. Y es de admirar tanto la habilidad quirúrgica de los médicos que intervinieron en este caso como la resistencia del paciente.