

Evolución de Fractura de EPH: tratamiento conservador, osteosíntesis y espaciador cementado

María Mancho Sagüés, Iker Ayestarán, Alex Etxezarreta, Carlos Sanz García, Iñigo Orradre Burusco

INTRODUCCIÓN

El objetivo es mostrar a través de un caso clínico las diferentes opciones de tratamiento de fracturas de extremo proximal de húmero (EPH), así como el manejo de sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 50 años que presenta omalgia limitante derecha tras caída accidental. AP de trastorno de la personalidad, consumo perjudicial de tóxicos, pancreatitis crónica, DM, ictus isquémico talámico... No trabaja y vive acompañado.

Las radiografías revelan fractura de cuello anatómico de EPH con desplazamiento en varo.

Dadas las comorbilidades, se desestima la cirugía como primera opción y se decide tratamiento conservador.

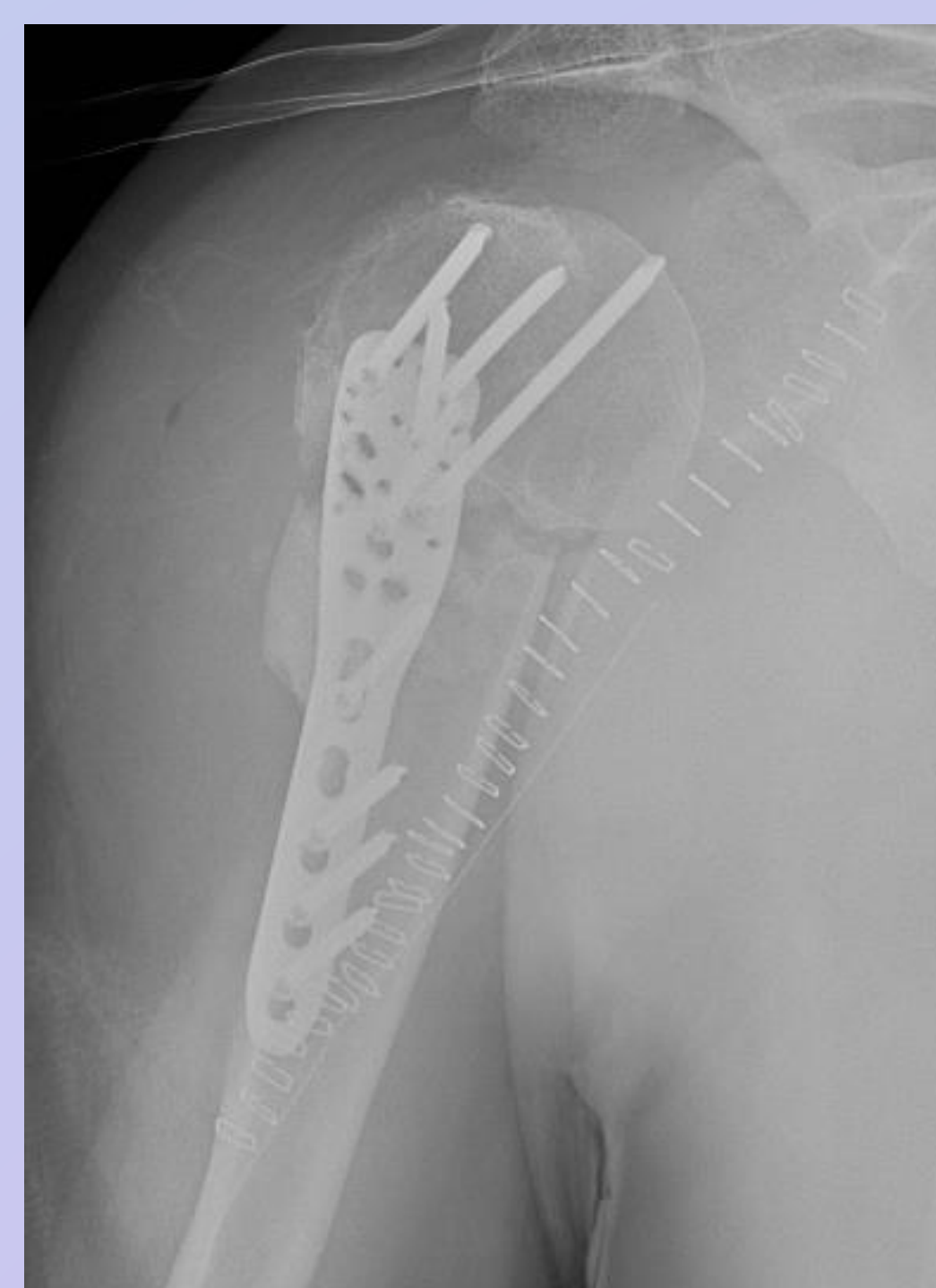
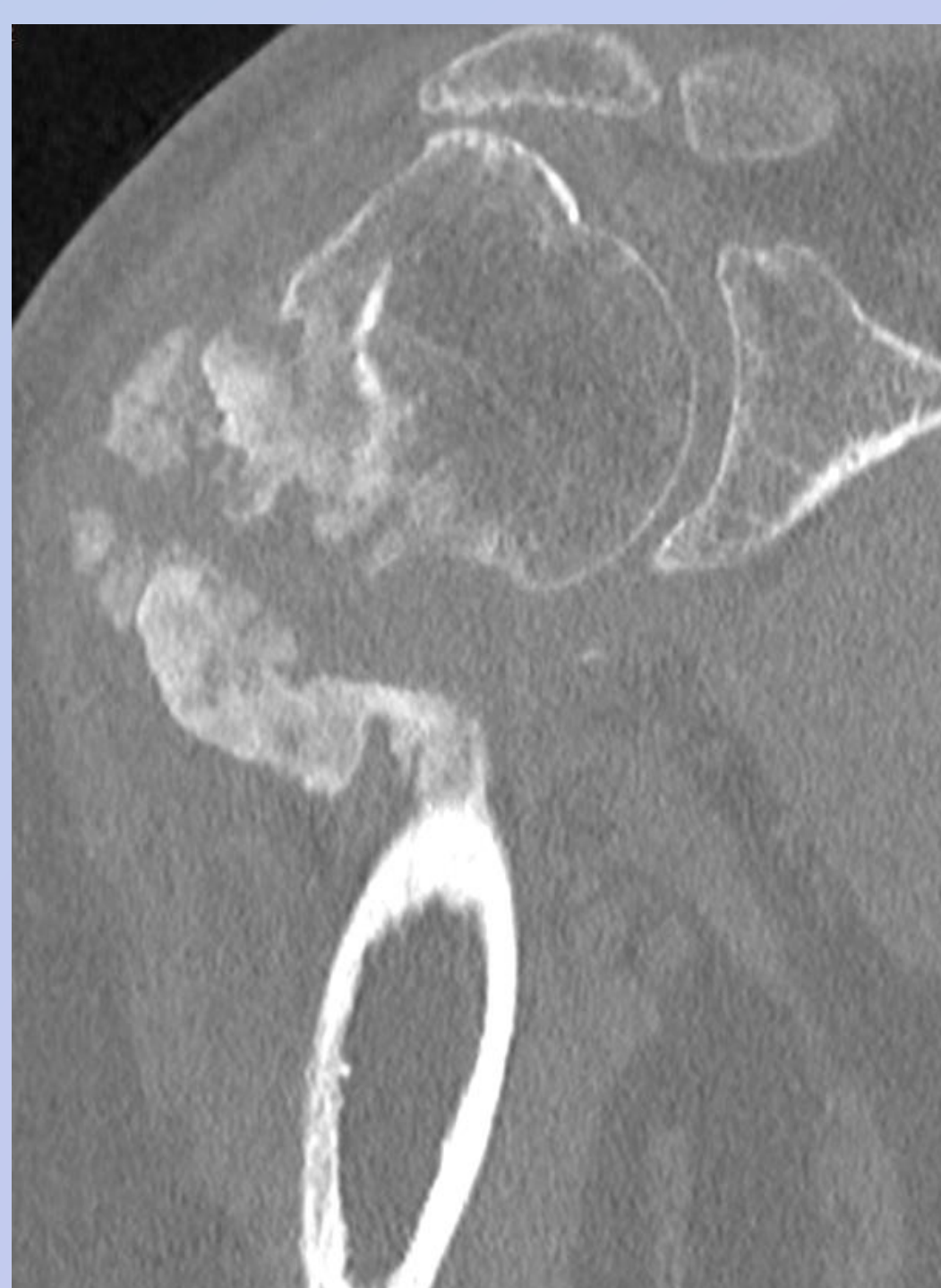


En consultas sucesivas se aprecia incumplimiento del tratamiento, con retirada de inmovilización y falta de asistencia a rehabilitación. A los 6 meses, persiste el dolor y limitación para ABVD. A la exploración, dolor a la palpación en foco sin crepitación y balance articular con 30º de antepulsión y abducción y rotaciones escasas. Se solicita TC que informa de fractura de la metáfisis sin consolidación, con rotación y separación significativa de los fragmentos.

Dada pseudoartrosis, se realiza intervención para limpieza de foco, reducción y osteosíntesis de la fractura con placa y tornillos con aporte de injerto de cresta iliaca.

1 mes más tarde, el paciente presenta perforación intestinal y peritonitis (E. coli BLEE + Enterococcus faecalis), siendo intervenido de urgencia. Durante el ingreso, iniciante omalgia con colección pericatricial y movilidad en foco de pseudoartrosis con desmontaje de osteosíntesis.

Ante situación de pseudoartrosis séptica, se decide RMO, limpieza y colocación de espaciador de cementado.



RESULTADOS

El paciente no acude de forma regular a revisión. En última visita, el paciente no refiere dolor pero presenta hombro caído sin flexión activa, objetivándose en Rx espaciador descolgado junto al húmero y sin articular con glenoides.

Analíticamente no presenta marcadores de infección activa.

En este caso, dada las comorbilidades del paciente y situación clínica, se decidió la no realización del 2º tiempo quirúrgico y optar por el espaciador como tratamiento definitivo.



CONCLUSIONES

La decisión del tratamiento ante una fractura de EPH debe ser individualizada y siempre deben considerarse y saber manejarse las potenciales complicaciones derivadas de la fractura y de cada tipo de tratamiento.