

Fractura subcapital de húmero: prótesis anatómica, infección y recambio en 2 tiempos a PTIH con injerto estructural de cadáver



María Mancho Sagüés, Iker Ayestarán, Alex Etxezarreta, Rubén Inglán, Juan Apellaniz

INTRODUCCIÓN

El objetivo es mostrar a través de un caso clínico las potenciales complicaciones relacionadas con la infección protésica y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

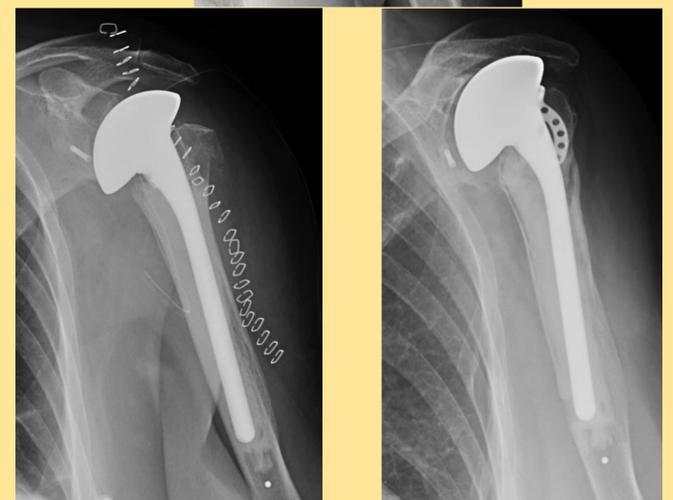
Mujer de mediana edad que en contexto de crisis epiléptica sufre una fractura subcapital de húmero con luxación de epífisis y Bankart óseo asociado, motivo por el que es intervenida mediante prótesis anatómica de hombro.

A los 4 años refiere pérdida progresiva de movilidad con importante dolor mecánico asociado. En Rx se objetiva desgaste de glenoides y lisis perivástago.

La gammagrafía resulta compatible con aflojamiento de prótesis y la AS muestra PCR de 7'1.

En consulta sucesiva, se evidencia fístula en cara anterior de hombro con supuración espontánea, cuyo cultivo resulta positivo para Cutibacterium acnes.

Se explica a paciente la situación de Infección de prótesis parcial de húmero y la necesidad de recambio protésico en 2 tiempos.

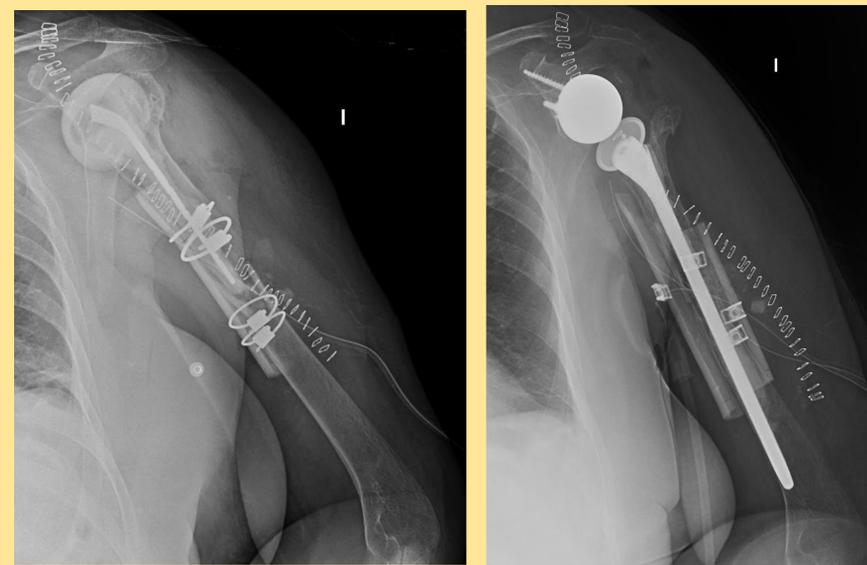


RESULTADOS

Durante primer tiempo quirúrgico, a la retirada de prótesis + colocación de espaciador cementado con antibiótico, se observa alta fragilidad ósea con zona de pérdida de continuidad en la cortical medial del húmero. De forma iatrogénica se produce fractura distal a la punta del vástago, motivo por el cual se acopla una placa de cemento a la cara medial humeral, fijada mediante 2 cerclajes Dall-Milles a nivel proximal y distal a la fractura.

5 meses después, se procede al segundo tiempo quirúrgico, dedicado a la colocación de Prótesis invertida de hombro. En primer lugar se procede a la retirada del espaciador y placa de cemento. Tras ello se procede a la colocación del componente glenoideo, observándose importante defecto en glena por lo que se coloca sobre aloinjerto esponjoso de 1cm de espesor. En último lugar se coloca vástago humeral cementado sobrepasando foco de fractura, interponiéndose injerto esponjoso en el foco y refuerzo con dos placas diafisarias extraídas de aloinjerto que se fijan con 4 cerclajes de banda a tensión.

En momento actual, la paciente presenta flexión activa de 60° con rotación interna a L5 y no hay datos clínico-analíticos de infección.



CONCLUSIONES

Las infecciones protésicas son complicaciones graves que requieren de un riguroso proceso diagnóstico así como de un tratamiento sistemático y de elevada planificación médico-quirúrgica.