

CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE PALETA HUMERAL EN MIEMBRO CON LESIÓN NEUROLÓGICA

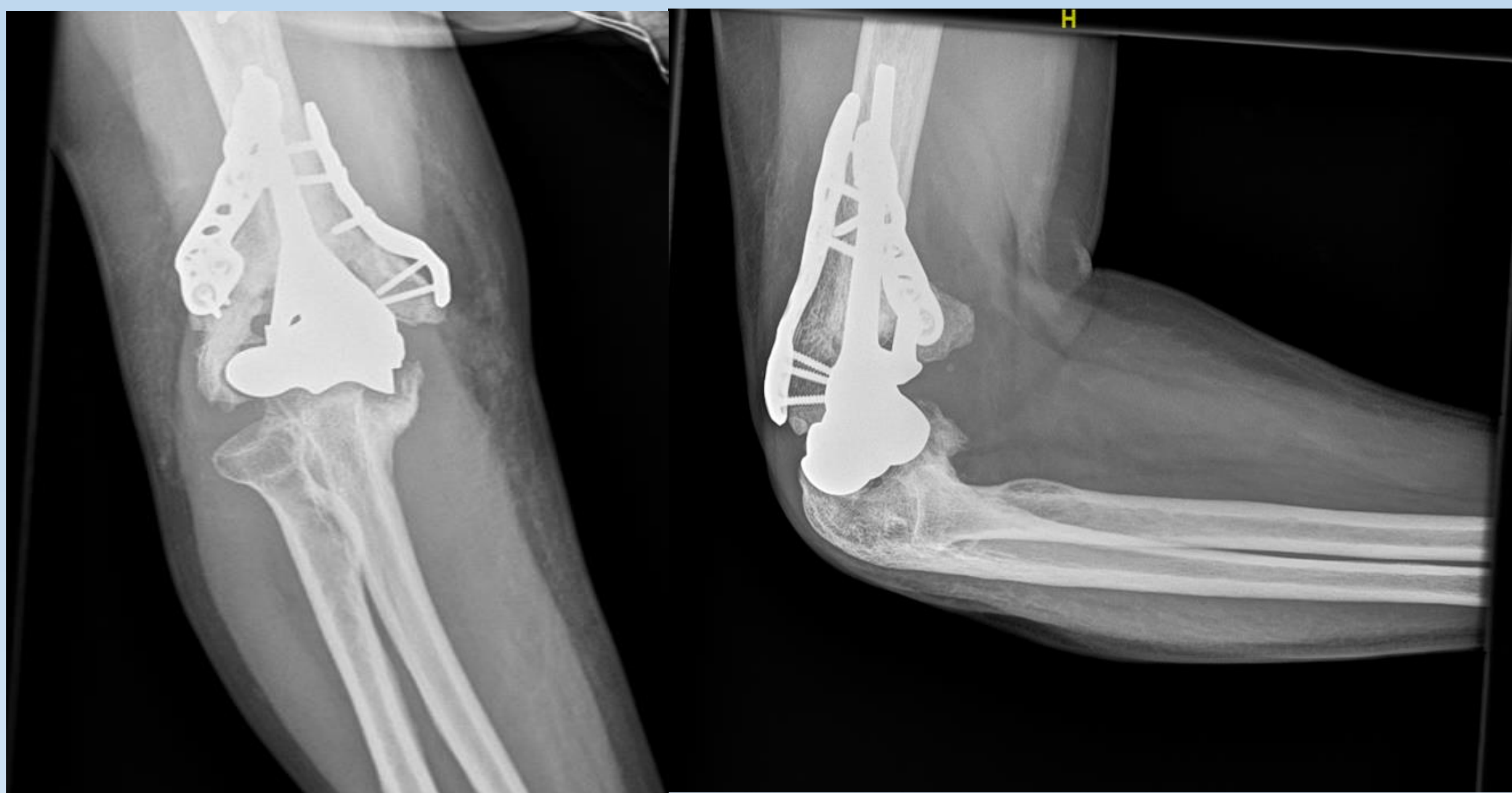
Sandra Pérez Motos, Daniel Montaner Alonso, Anna Borrell Chover, Jose Luis Rodrigo Pérez. P-301
Hospital Universitario Doctor Peset , Valencia.

INTRODUCCIÓN: Paciente de 56 años que tras sufrir precipitación y ser derivado a hospital de referencia es remitido a nuestro centro tras 6 semanas del accidente para el tratamiento del resto de lesiones. Presenta fractura de escápula derecha (que condiciona lesión del plexo braquial) y fractura conminuta de paleta humeral derecha (Composición 1). Se decide inicio de rehabilitación y control evolutivo de la lesión neurológica previo a decisión de tratamiento definitivo de la fractura de paleta humeral.

MATERIAL Y MÉTODO: Tras 3 meses existe únicamente recuperación parcial sensitiva y motora de n. radial y mediano, mejoría del dolor y flexión de 10º. Existe fuerza en tríceps y activación de musculatura flexo-pronadora del antebrazo. La mano continua en garra. Puede en este momento someterse a una artrodesis de codo (con bastante mala tolerancia) o una artroplastia total o parcial de codo. Se decidió colocación de prótesis parcial reconstruyendo ambos pilares con injerto y placas de osteosíntesis, permitiendo así dejar una puerta abierta a realizar trasferencias musculares futuras a cúbito sino se conseguía recuperación neurológica.

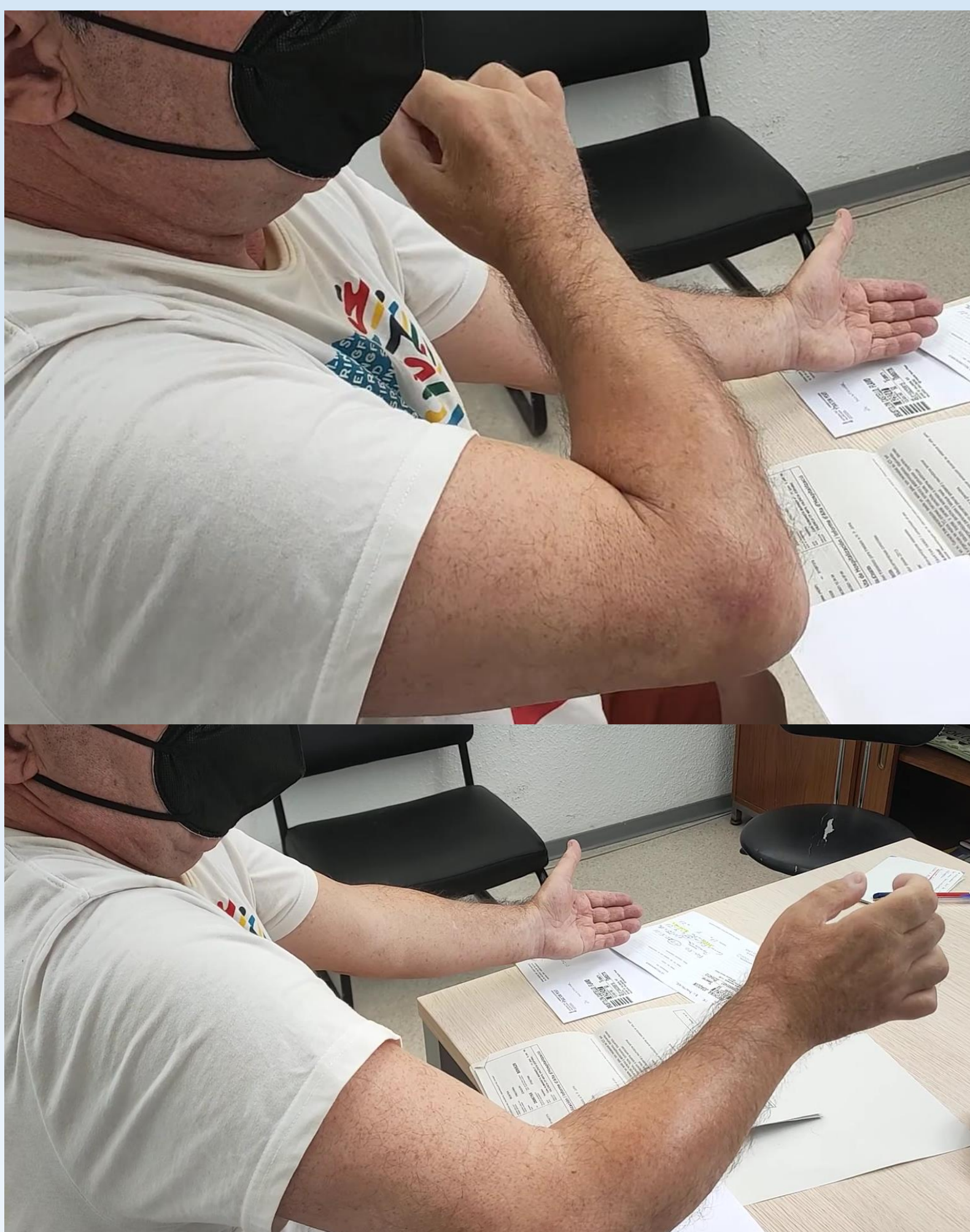


Composición 1: AP, LAT y OBL de fractura compleja de paleta humeral, 6 sem de ev



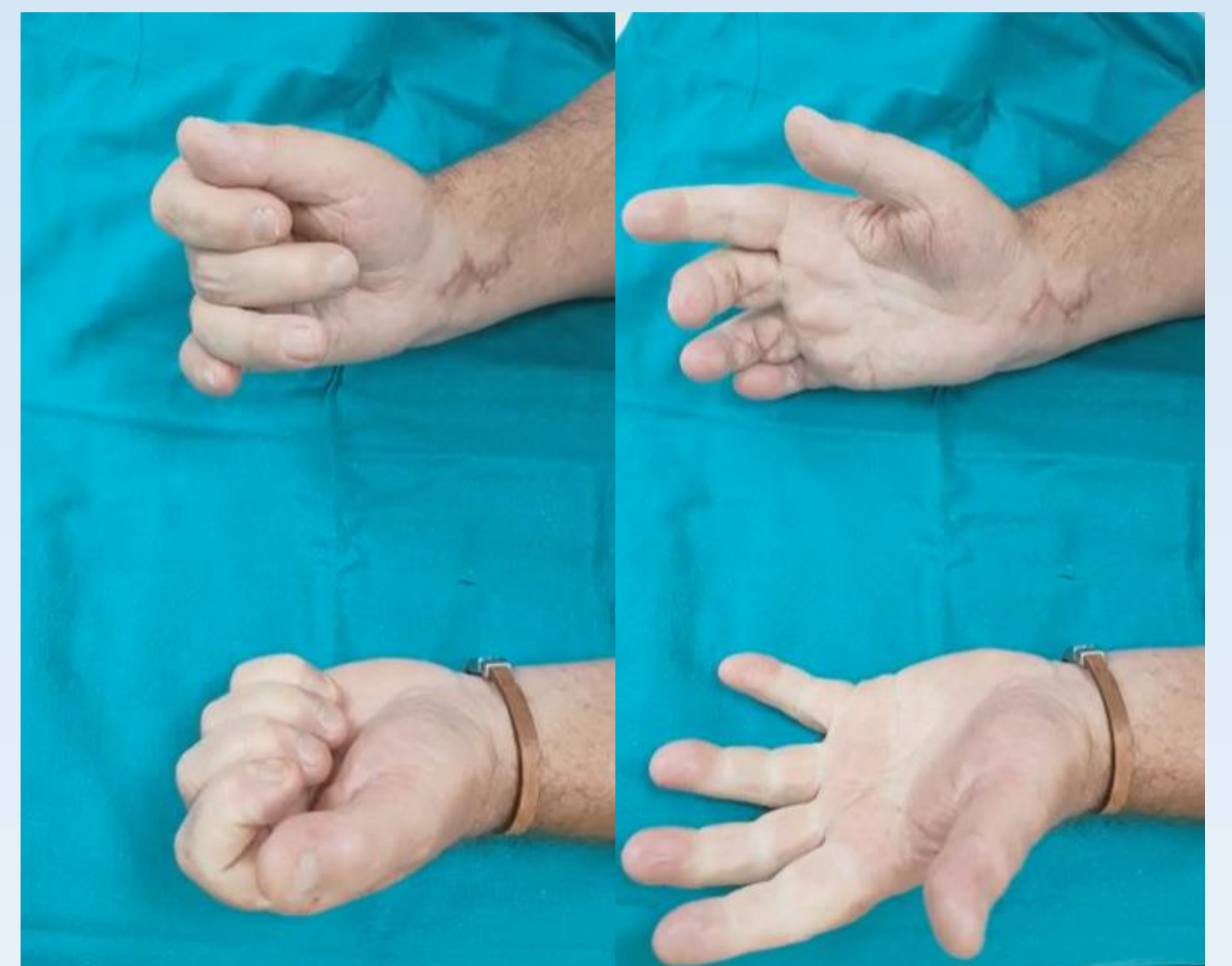
Composición 2: AP y LAT tras 8 meses de ev, consolidación de ambas columnas y correcto posicionamiento de la prótesis parcial

RESULTADO: En consultas, se retiran férula a las 3 semanas colocando ortesis dinámica que se libera progresivamente. A los 8 meses se observa consolidación e integración de las columnas, correcta colocación de la prótesis y calcificaciones heterotópicas (Composición 2). Presenta Pronosupinación de 90-0º y flexoextensión 120º-30º (Composición 3). En la mano la afectación neurológica más evidente es una garra cubital de 3-5 dedos, atrofia de interóseos y pérdida de cierre completo de dedos. Se realizó posteriormente artrolisis de IFP de 3-5º dedos, apertura de túnel carpiano y tenodesis de flexores 2-3 con 4-5 en cascada invertida . Actualmente presenta un déficit de extensión mínimo que le permite cerrar puño (Composición 4).



Composición 3: Flexo-extensión tras 1 año de ev

CONCLUSIONES: En paciente con lesiones neurológicas de miembro fracturado es importante tener en cuenta la cascada de decisiones para conseguir una correcta movilidad activa, con el mínimo número de intervenciones.



Composición 4: Mov de dedos en flex-extensión máxima tras artrolisis y tenodesis por secuela de garra cubital

BIBLIOGRAFÍA:

Hohman DW, Nodzo SR, Qvick LM, Duquin TR, Paterson PP. Hemiarthroplasty of the distal humerus for acute and chronic complex intra-articular injuries. J Shoulder Elbow Surg. 2014 Feb;23(2):265-72.
Dunn J, Kusnezov N, Pirela-Cruz M. Distal humeral hemiarthroplasty: indications, results, and complications. A systematic review. Hand (N Y). 2014 Dec;9(4):406-12.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA