

Juan Mangas, F; Hernández Ruiz, A; Martín Gaitero, M; Guzmán Zapata, JP; Juárez Cordero, C.

## Objetivo.

La no unión de fracturas es un problema que ocasiona dolor e inestabilidad. Según el hueso afectado las limitaciones y afectación de la calidad de vida pueden ser muy diversas.

Se describe la cascada de complicaciones en un paciente pluripatológico con fractura diafisaria de húmero.

## Material y metodología.

Varón de 67 años: DM2, HTA, DL, obesidad, cardiopatía isquémica revascularizada, fumador, que sufre fractura espiroidea de tercio medio de húmero derecho. Se indica IQ para estabilización relativa de la fractura, pero el paciente la rechaza. Continúa controles clínico-radiológicos durante 3 años con persistencia de dolor y signos de no unión (Fig. 1 A y B). Se plantea de nuevo fijación quirúrgica y acepta.

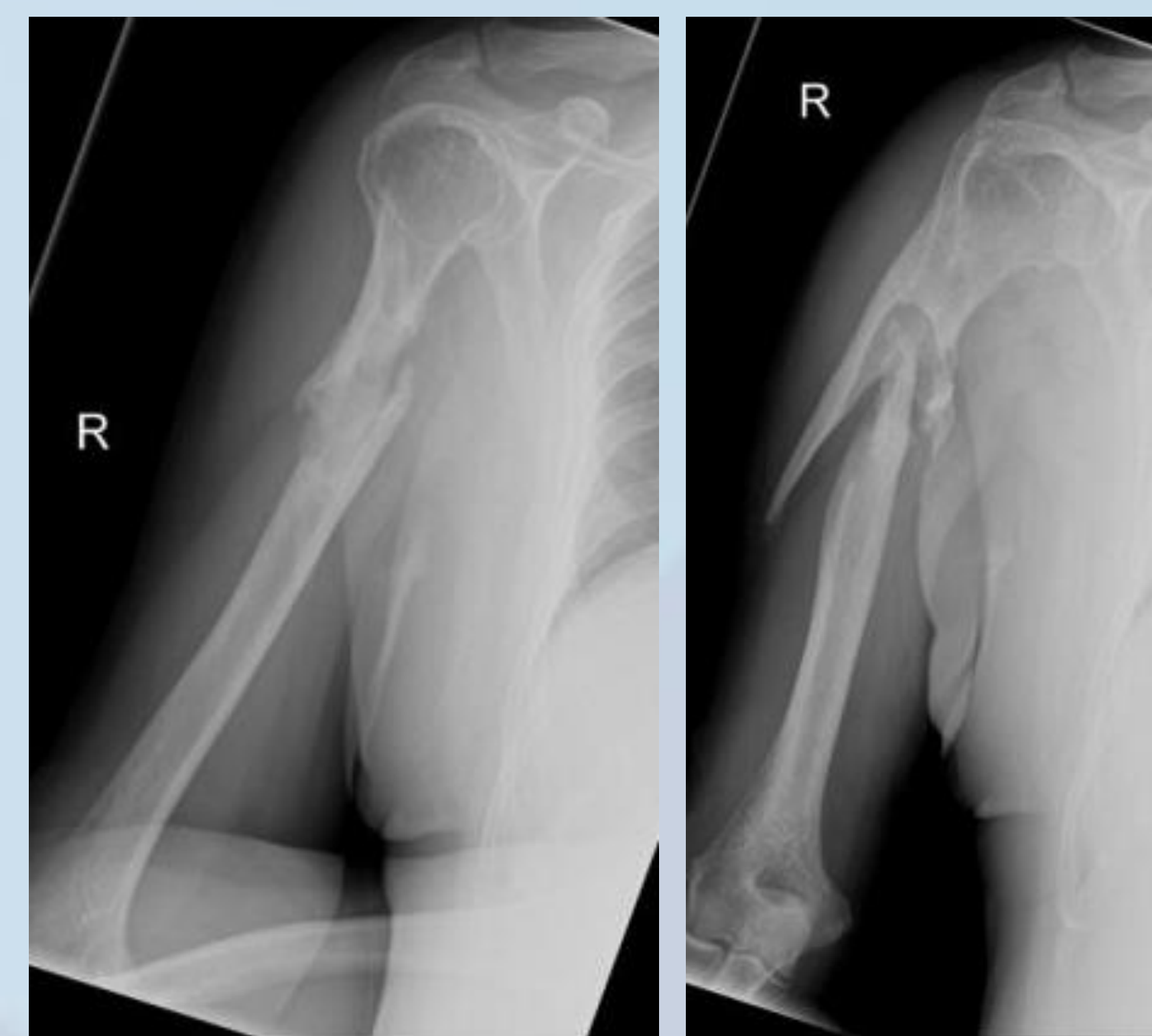


Fig.1 A) y B) Signos de No unión de fractura



Fig. 2 OS inicial



Fig. 3 Fracaso OS tras 2 meses



Fig. 4 Nueva OS

Se realiza osteosíntesis (OS) con placa e injerto estructural con hemidiáfisis de fémur (Fig. 2). A los 2 meses presenta fracaso de OS por carga excesiva de peso (Fig. 3). Se reinterviene con nueva OS (Fig. 4).

Tras 15 días, comienza exudado seropurulento en región proximal de HQ: se toman muestras, se realiza retirada de aloinjerto, desbridamiento y lavado de HQ. En cultivos crece SAMR: se decide EMO, nuevo lavado-desbridamiento y colocación de TENS recubierto de cemento con antibiótico, asociando tratamiento antibiótico por vía sistémica (Fig. 5).



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Evolución favorable hasta nueva caída que ocasiona rotura del espaciador y desplazamiento de la fractura (Fig. 6). Se retira espaciador, se realiza fresado medular y enclavado endomedular recubierto con cemento + AB (Fig. 7 y 8).

Fig. 5 Espaciador TENS recubierto de cemento + AB

Fig. 6 Rotura de TENS

Fig. 7 Clavo recubierto con Cemento + AB

Fig.8 Rx tras 4 meses de enclavado

## Resultados.

El paciente continúa seguimiento clínico-radiológico con buena evolución de la infección, y normalización de RFA.

Se plantea reintervención para retirada de material, refresado de canal e implantación de nuevo clavo con aporte de autoinjerto de cresta iliaca; pero el paciente rechaza nuevas intervenciones por el momento.

## Conclusiones.

1. Los pacientes pluripatológicos presentan un riesgo aumentado de retardo de consolidación, no unión de fracturas y complicaciones postquirúrgicas, por ello, es fundamental una buena indicación quirúrgica.

2. Además, es de gran importancia valorar y tratar, si es preciso, el estado de ánimo en pacientes sometidos a múltiples reintervenciones, debido al gran desgaste emocional que puede ocasionar un proceso terapéutico de evolución tan tórpida.