

PSEUDOARTROSIS RECALCITRANTE DE CLÁVICULA, A PROPÓSITO DE UN CASO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PSEUDOARTROSIS RECALCITRANTE DE CLÁVICULA

Lobón Martín, Miguel; Andújar Gutiérrez, Encarnación; Dorado Capote, Ángel; Obando Martínez, Javier; García Avellaneda, Lucía.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de clavícula representan del 5 al 10% de todas las fracturas; la pseudoartrosis de clavícula es una complicación rara, y se ha informado en entre el 0,1 y el 24% de los pacientes después de un tratamiento no quirúrgico, presentándose generalmente en forma de dolor y limitación a la movilidad del hombro o déficit de fuerza. Cuando esta pseudoartrosis necesita de más de un procedimiento quirúrgico para consolidar, pasa a denominarse pseudoartrosis recalcitrante.

El gold standard en un primer tiempo se basa en reducción abierta y fijación interna mediante placas de compresión con injerto autólogo no vascularizado, siendo el éxito en la literatura superior al 90%.

En el caso de una pseudoartrosis recalcitrante, habrá que recurrir a otros procedimientos como: técnica de Masquelet, colgajos óseos vascularizados o colgajos cortico-periósticos en asociación con injerto óseo no vascularizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo de un caso de pseudoartrosis recalcitrante tratado en nuestro servicio mediante osteosíntesis con aporte de injerto estructural tricortical de cresta ilíaca y placa de compresión.

Se revisaron tanto la historia clínica como los estudios radiológicos.

La consolidación se definió por la visualización y apreciación subjetiva de callo óseo en radiografías.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 16 años, que sufre caída con bicicleta sobre hombro derecho, presentando aparente deformidad y siendo diagnosticada por radiografía de fractura de tercio medio de clavícula. Se decide tratamiento inicial con inmovilización mediante vendaje en 8 durante 3 semanas y posterior cambio a cabestrillo y penduloterapia.

A las 4 semanas, la paciente presenta balance articular completo, ausencia de dolor en el foco, aunque no se aprecia formación callo en la radiografía.

En revisiones sucesivas (figura 1), no se evidencia consolidación de la fractura, y la paciente comienza con clínica de dolor, parestesias, escápula alada y discinesia en el ritmo escapular. Se realiza EMG con resultado de parálisis de nervio torácico largo. Ante este cuadro, se decide tratamiento quirúrgico con reducción abierta, cruentación del foco, injerto autólogo de cresta ilíaca y osteosíntesis con placa.

A pesar de la buena evolución clínica postoperatoria inicial, con desaparición de la escápula alada, y la buena tolerancia del material; tras 4 meses desde la cirugía, la paciente comienza de nuevo con dolor en el foco de fractura e intolerancia al material de osteosíntesis, de modo que se realiza un control radiográfico en el que se observa una imagen radiológica sugestiva de no unión del foco (imagen 2).

Se propone retirada del material y nueva osteosíntesis con placa y aporte de injerto estructural tricortical. Tras la retirada del material, el tejido fibroso y el hueso esclerótico, se presenta un defecto de 3 cm (imagen 3). Se realiza el tallado del injerto tricortical de cresta ilíaca y osteosíntesis con placa de compresión (imagen 5).

Pasados 6 meses de la intervención, la paciente se encuentra asintomática y con movilidad completa. Se aprecia integración completa del injerto óseo en imagen de radiografía (imagen 6), decidiéndose el alta.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5

CONCLUSIONES

La pseudoartrosis de clavícula, sobre todo en el caso de considerarse recalcitrante, es un problema desafiante para los cirujanos en la actualidad.

El mejor tratamiento para esta patología está basado en la reducción abierta, la fijación interna mediante placas de compresión, y la utilización de injertos o colgajos óseos, vascularizados o no.

Con los mencionados tratamientos se consigue una recuperación clínica y funcional en la mayoría de los casos.