



FRACTURA DE HÚMERO: ¿UN VIAJE INESPERADO?

Alba Traviesa Amado ¹, Diego Penas Cob ¹, Javier Elola Gutiérrez¹, Jesús García García ¹, Susana Iglesias Fernández ¹.

¹ Servicio de COT, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

OBJETIVOS

Paciente de 45 años que acude a Urgencias por traumatismo sobre miembro superior derecho. Refiere dolor e impotencia funcional y parestesias en primero, segundo y tercer dedo de mano derecha.

A la exploración, hematoma a nivel de cara antero-interna de tercio medio de brazo derecho, sin deformidades groseras. Presenta dolor con la movilización de hombro derecho y mantiene flexión activa dorsal de muñeca y dedos conservada y pulso radial presente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se realizan radiografías anteroposterior y lateral de húmero derecho objetivándose fractura de húmero proximal con extensión diafisaria con tercer fragmento en ala de mariposa derecha. Se inmoviliza mediante férula en U y férula posterior Braquiopalmar.

A la semana, se objetiva desplazamiento susceptible de intervención quirúrgica, optándose por enclavado endomedular tipo Magic e inmovilización con cabestrillo tras la cirugía.



Figura 1: Radiografías anteroposterior y lateral de húmero derecho.

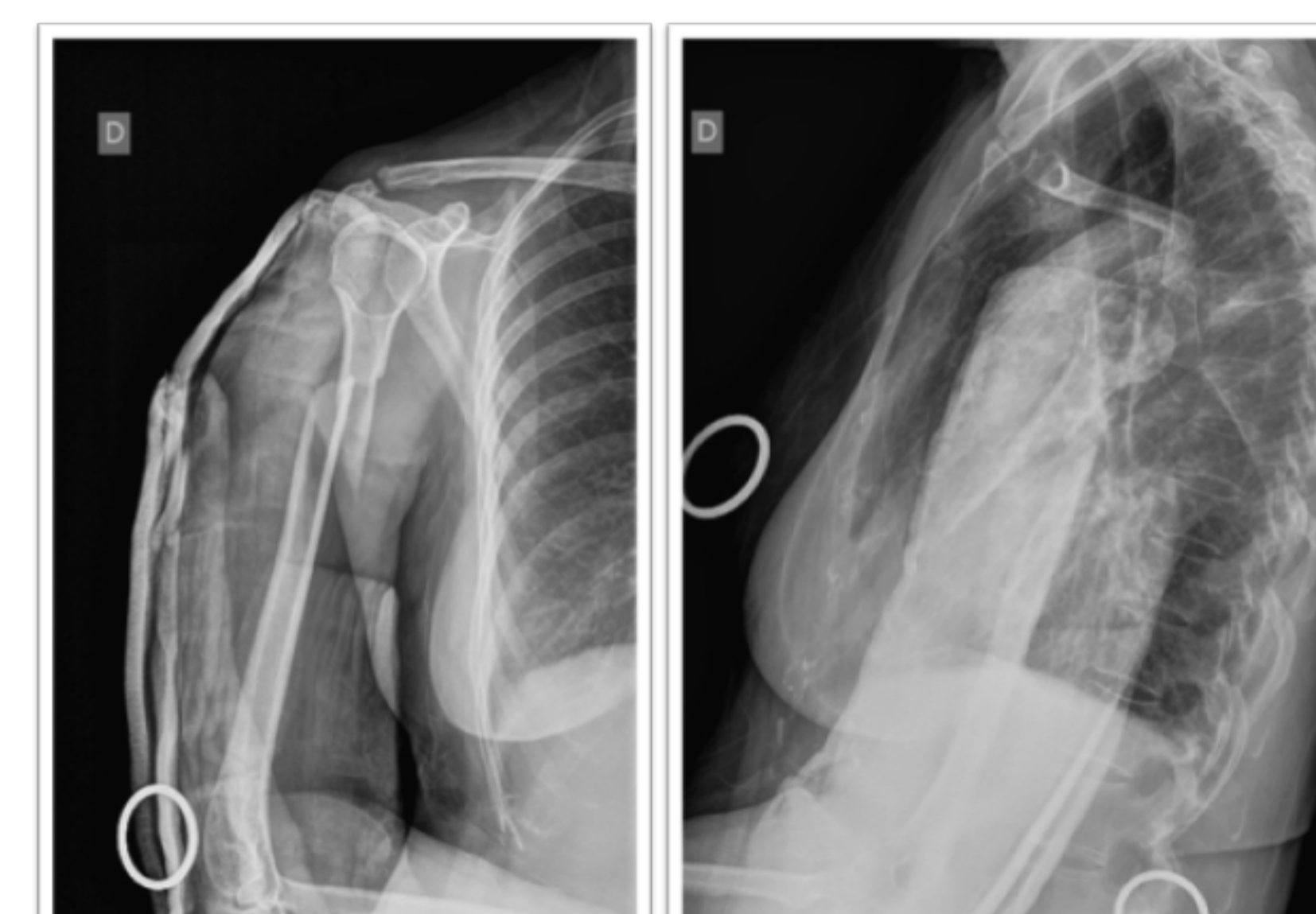


Figura 2: Radiografías anteroposterior y lateral de húmero derecho de control.

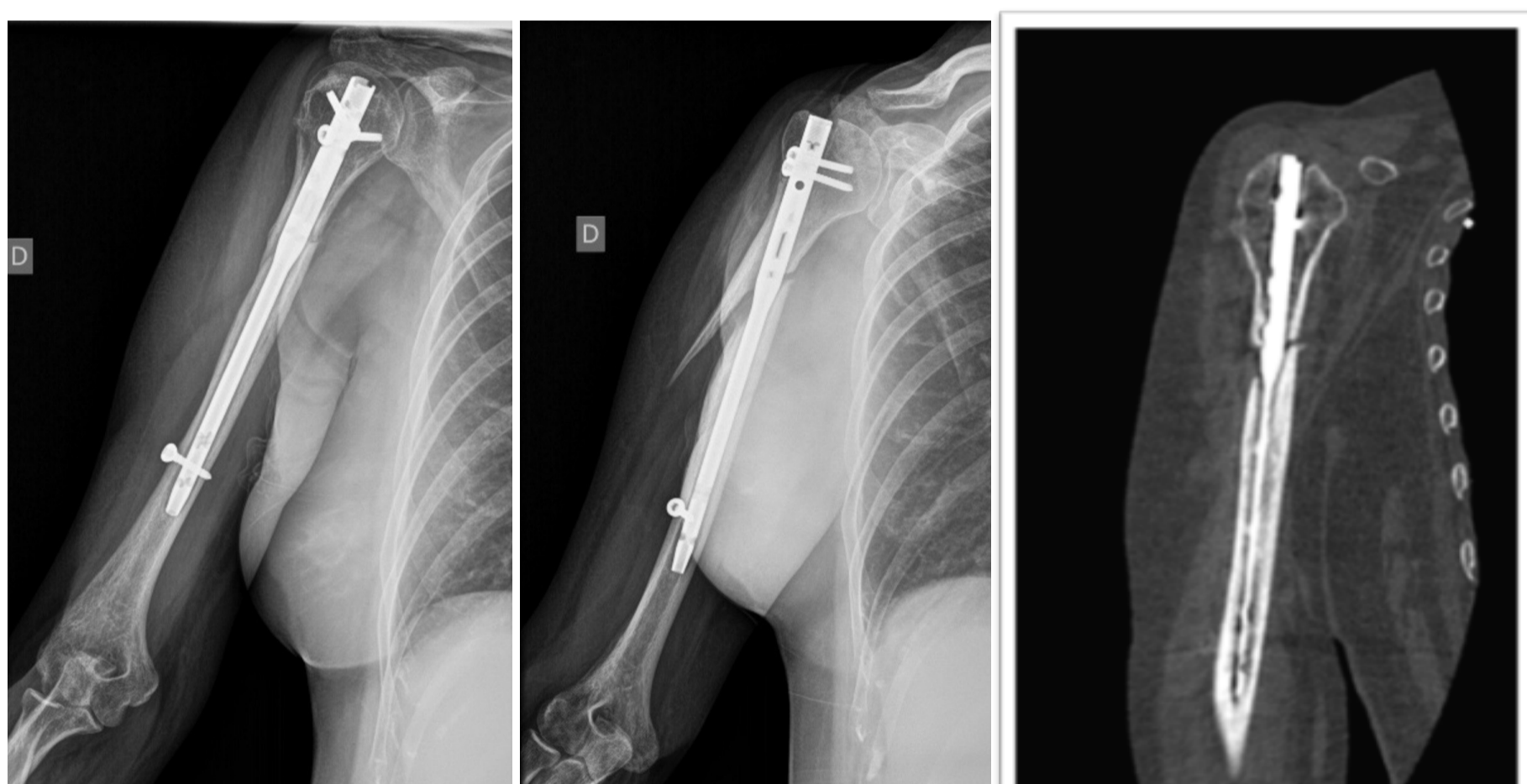


Figura 3: Radiografías anteroposterior y lateral y Tomografía computarizada (TC) de húmero derecho a los cuatro meses de la cirugía.

RESULTADOS

En el postoperatorio inmediato, presenta buena evolución, siendo alta hospitalaria a los tres días.

A los cuatro meses, en radiografías, movilización del clavo con ligero desplazamiento de fractura, objetivándose una zona de solución de continuidad a nivel de la cortical a nivel posteromedial y ausencia de callo óseo.

Se realiza TC, con hallazgos compatibles con pseudoartrosis de húmero derecho.

Se programa cirugía de rescate con extracción de clavo de húmero, reavivación de foco y callo de fractura, reosteosíntesis con placa tipo Philos e inmovilización con férula braquiopalmar.

A los cinco meses, se aprecia consolidación. Sin embargo, existe una zona de pérdida de hueso a nivel de la diáfisis proximal con consolidación incompleta.

Ante estos hallazgos, se plantea exploración quirúrgica con toma de muestras para microbiología, aporte de injerto óseo y valoración de recambio de osteosíntesis.

En quirófano se comprueba buen estado de osteosíntesis, se aporta injerto de esponjosa e injerto estructurado óseo y se toman muestras para cultivo, que resultan negativas.

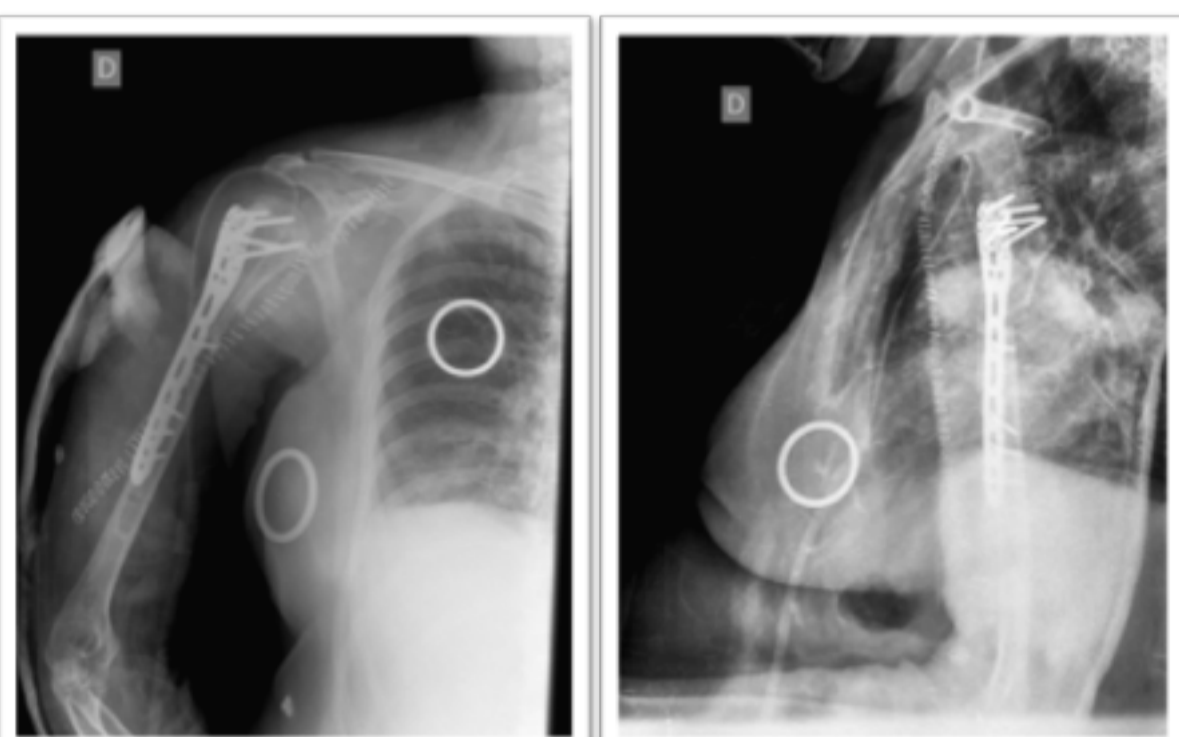


Figura 4: Radiografías anteroposterior y lateral de húmero derecho postoperatorias tras reosteosíntesis.

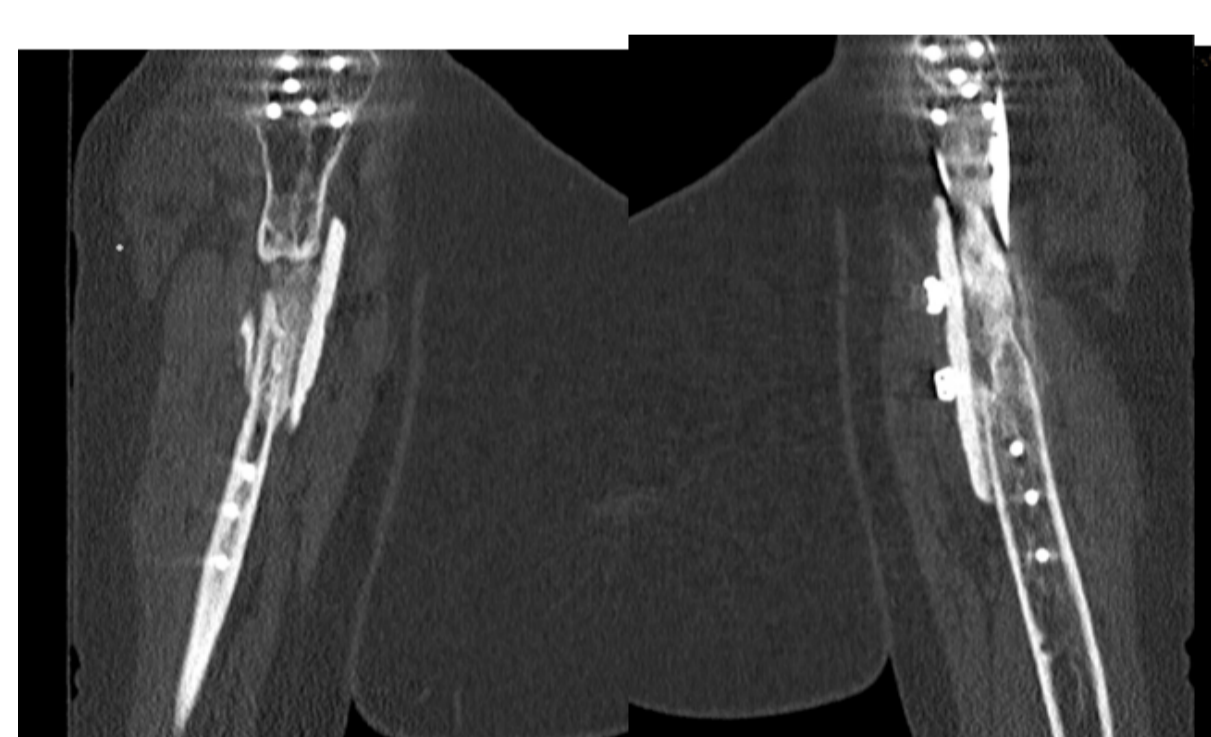


Figura 5: TC de húmero derecho de control tras revisión quirúrgica.

CONCLUSIONES

La pseudoartrosis de las fracturas de diáfisis humeral es poco común.

Su etiología es desconocida, aunque hay distintos factores tanto sistémicos como locales que contribuyen a su desarrollo.

Es importante descartar infección como primera causa.

En caso de producirse, el gold standard es intervención quirúrgica, desbridamiento y refrescado de las superficies. Puede asociarse o no a injerto óseo