

INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO DE CÓNDILO FEMORAL MEDIAL (SAKAI) PARA EL MANEJO DE PACIENTE CON PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE CLAVÍCULA.

Laura Parra Calabuig¹, Matilde Molina Corbacho², María Ángeles de la Red Gallego²

1. Hospital Arnau de Vilanova, 2. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

La pseudoartrosis congénita de clavícula es una patología infrecuente, de etiología desconocida. Afecta sobre todo a mujeres, de forma unilateral y al lado derecho (90%). Produce deformidad, habitualmente indolora, con afectación variable del rango de movilidad (ROM). La cirugía solo está indicada si hay 1) defectos estéticos importantes, 2) incapacidad funcional, 3) dolor o 4) compromiso neurovascular. El momento idóneo para realizar la cirugía es controvertido. La técnica más empleada es la resección del foco de pseudoartrosis asociada a injerto óseo autólogo (cresta iliaca) o alogénico más osteosíntesis con placa.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 14 años con pseudoartrosis congénita de clavícula derecha dolorosa que también generaba un problema estético.

Tratamiento inicial: resección de la zona de pseudoartrosis + injerto de cresta + osteosíntesis con placa.

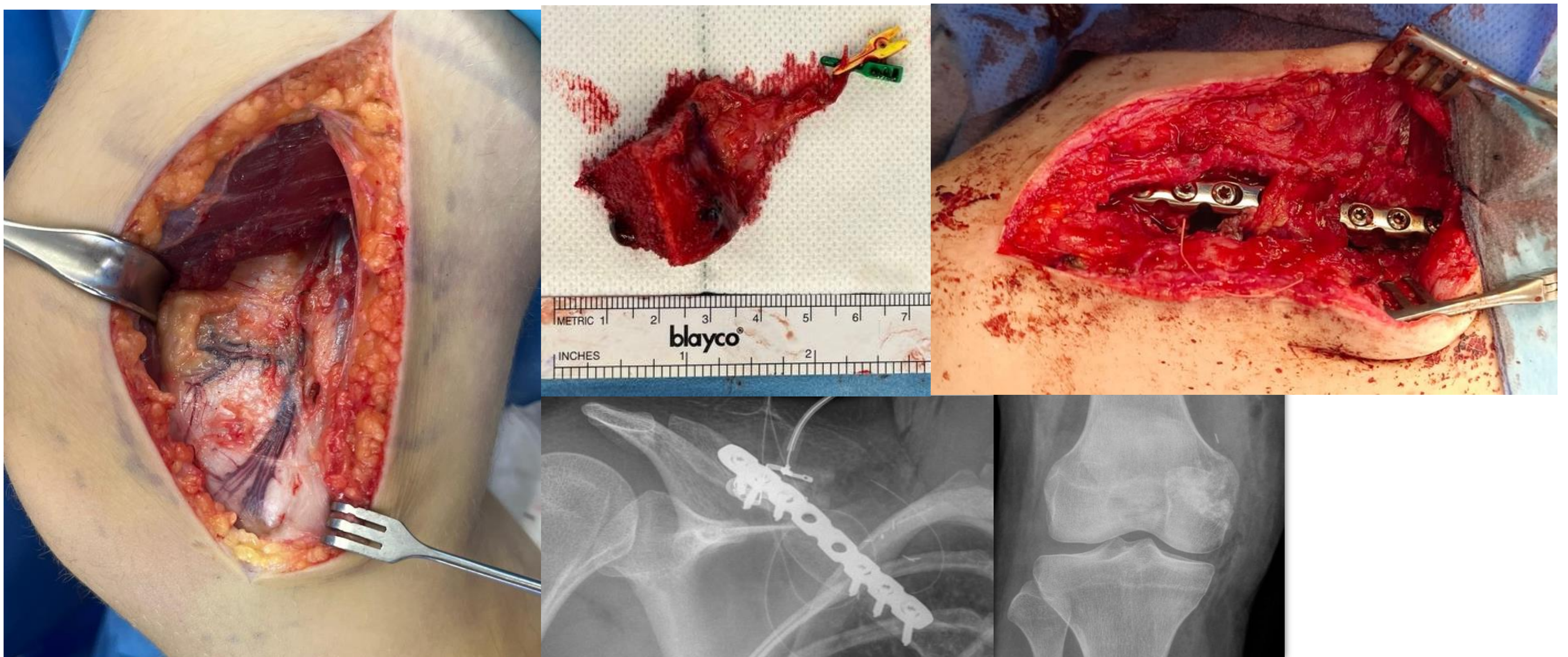
Postoperatorio: persiste el dolor, aparece osteolisis en el foco y no se alcanza la consolidación (gap de 9mm en TC).



Manejo de la complicación: injerto óseo vascularizado (IOV) corticoperióstico de cóndilo femoral medial según la técnica descrita por Sakai + fijación con nueva placa.

CARACTERÍSTICAS DEL IOV TIPO SAKAI (1994):

1. **ANATOMÍA:** El periostio del cóndilo femoral medial se irriga por una arcada formada por la **rama articular de la arteria geniculada descendente** y la **arteria geniculada superomedial**. La rama articular aporta un pedículo de 8-10cm. El pedículo de la a.geniculada superomedial es más corto (3-4cm). Por ello en el 80% de ocasiones este IOV está basado en la rama articular.



2. RESUMEN TÉCNICA QUIRÚRGICA:

1) Incisión en cara medial de muslo. 2) Abordaje entre vasto medial y sartorio. 3) Retracción anterior de vasto medial, y posterior de sartorio. Entre ambos se visualiza la rama articular. 4) Disección hasta aislar el pedículo de la a.geniculada descendente. Si es hipoplásico, continuar disección por posterior hasta el origen de la a.geniculada superomedial en la a.poplíteica. 5) Se talla el injerto. 6) Se retira isquemia y se comprueba sangrado del injerto. 6) El injerto se transfiere al área donante después de realizar la osteosíntesis: Anastomosis arterial termino-lateral a la arteria local dominante (braquial, radial o cubital). Anastomosis venosa termino-terminal a venas subcutáneas o concominantes.

El **postoperatorio** fue favorable, recuperando el ROM completo del hombro, desapareciendo el dolor y alcanzando la consolidación.

CONCLUSIÓN: el IOV de cóndilo femoral medial es una buena opción para el tratamiento de las pseudoartrosis, especialmente en áreas sin defectos óseos significativos, donde otros IOV son difíciles de aplicar debido a su gran tamaño o a su configuración recta.