

Tratamiento de la pseudoartrosis de tercio medio de clavícula con mega-injerto autólogo de cresta ilíaca. A propósito de un caso.

Marcos Ortiz Gutiérrez; Javier de la Hera Fernández; Adrián Fernández González; Ainhoa Ramos Luque;
Carlos Fernández Álvarez
Hospital Sierrallana

Objetivos:

Presentar el caso de una paciente con pseudoartrosis de tercio medio de clavícula sintomático de 7 años de evolución tras fracaso del tratamiento quirúrgico inicial.



Material y métodos:

Mujer 55 años que acude a consultas de Traumatología por dolor y limitación funcional en hombro izquierdo y cuello de años de evolución manejados con rehabilitación. 7 años antes sufrió fractura de tercio medio de clavícula izquierda inicialmente tratada mediante osteosíntesis. Esta falló por arrancamiento de los tornillos y al realizarse la retirada se consideró en consolidación con callo fibroso.

La pseudoartrosis se confirma y estudia mediante TC. Tras completar la iconografía se decide recurrir a injerto autólogo de cresta ilíaca.

Resultados:

Se realiza extracción de injerto tricortical de cresta ilíaca de 45 x 10 x 5 mm. En clavícula se resecciona tejido fibroso con liquido sugestivo de sinovial en su interior. Se fija injerto a proximal mediante tornillo interfragmentario y se completa el montaje con doble placa a 90°; superior y anterior.

Tras 4 semanas se comienza con ejercicios pendulares ante buena evolución clínica. Tras 6 semanas se permite la movilización activa sin cargas.

Se realiza TC al año para evaluar evolución del injerto y estado de la osteosíntesis por material protuyente que condiciona región de hiperalgesia. En la tomografía se identifica tornillo interfragmentario parcialmente extruído y comienzos de osteointegración en margen medial y superolateral. Padece molestias en tornillo pero no limitación funcional.



Conclusiones:

Las tasas de no unión en pacientes con fractura de tercio medio de clavícula en adultos ocupan una horquilla amplia en función de la bibliografía desde el 7%, hasta el 30% en algunas series.

Una vez nos encontramos ante la existencia de esta complicación sintomática en un paciente activo deberemos valorar en función de las características y el volumen del defecto; entre una segunda osteosíntesis directa tras refrescar la fractura o una osteosíntesis aportando injerto en aquellos casos con un defecto mayor. Según la evidencia el injerto autólogo será la mejor opción entre las existentes; razón por la cual se decidió su uso en este caso.

