



Tratamiento de no unión de húmero distal abordaje paratricipital más osteosíntesis con placas anatómicas e injertos óseos de cresta ilíaca



Tratamiento de no unión de húmero distal abordaje paratricipital más osteosíntesis con placas anatómicas e injertos óseos de cresta ilíaca

Autores: Deisy Consuelo Celeita Cedina, Fabio Alfonso Suárez Romero, Federico Suárez Rodríguez

Introducción

Las Fracturas de Húmero Distal representan el 2 % de todas las fracturas, con una distribución bimodal, primer pico en jóvenes por fracturas de alta energía y segundo pico en personas ancianas por traumas de baja energía secundarias a caída; la prevalencia en personas ancianas se estima aumentara 3 veces para el 2030.(1)

A pesar de las mejoras en los implantes quirúrgicos, como ,si no se comprenden los principios quirúrgicos y se modifican los factores de riesgos como tabaquismo, desórdenes metabólicos, pobre estado nutricional , las tasas de no unión continuaran entre el 8 y el 25%, siendo más común en el manejo no quirurgico(2).

Sin embargo el manejo inicial constituye la mejor oportunidad para resultados exitosos (3).

Justificación

Se presenta un caso clínico de un paciente de 77 años con no union atrófica de húmero distal derecho de 2 años de evolución que nos permite evidenciar el manejo de la pseudoartrosis, desde el abordaje quirúrgico,la fijación estable con placas bloqueadas anatómicas y la utilización de autoinjerto de cresta iliaca , logrando estabilidad mecánica , con aporte biológico y curación de la no unión.



Reporte de caso

- Paciente masculino de 77 años con no unión atrofica del humero distal de 2 años de evolución, refiere dolor incapacitante en codo derecho, limitación funcional, perdida de la fuerza y alteración del patrón de sueño.
- Al examen físico gran deformidad en valgo de codo derecho, crepitación dolorosa a la movilidad, limitación de arcos de movilidad menos 45-110, no deficit neurovascular. **(Imagen1)**
- Tomografía axial computada que evidencia no unión atrofica extra articular del húmero distal **(Imagen 2)**

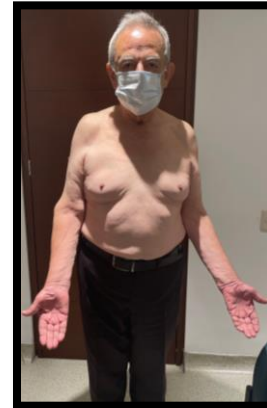


Imagen 1: Examen Físico, Deformidad en valgo codo derecho



Imagen 2: TAC con no unión atrofica del Húmero Distal

➤ **Via A**

1. Paciente en decúbito lateral, con soporte para codo, mediante abordaje posterior del hombro centrado en humero distal, disección por planos.
2. Abordaje Paratricipital medial, exponiendo nervio cubital y transposición del mismo, posteriormente abordaje paratricipital lateral y medial. Resección de fibrosis a nivel de pseudoartrosis dejando bordes sangrantes. **(Imagen3)**
3. Se realiza reducción y fijación con placa anatómica bloqueada de 3.5 proximal y 2.7 distal en columna medial y dorsolateral. Fijación con tornillos de ángulo variable, se toma imagen POP.
4. Control Radiográfico a las 12 semanas **(Imagen 4)**

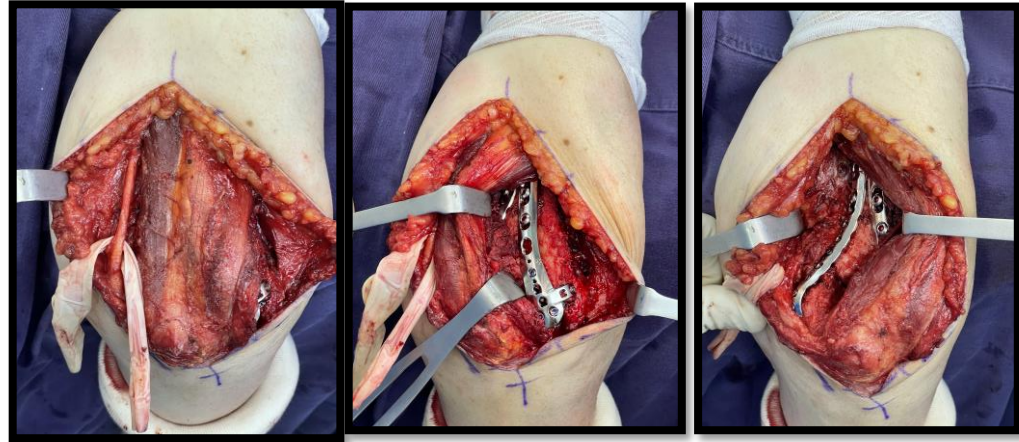


Imagen 3: (A)Abordaje Paratricipital, Fijación con placas anatómicas bloqueadas, reparo Nervio Cubital.

➤ **Via B**

1. Abordaje en cresta iliaca, exposición de tabla ósea externa, toma de injerto corticoesponjoso.
2. Colocación de injerto óseo en región de no unión , posterior , lateral y medial.

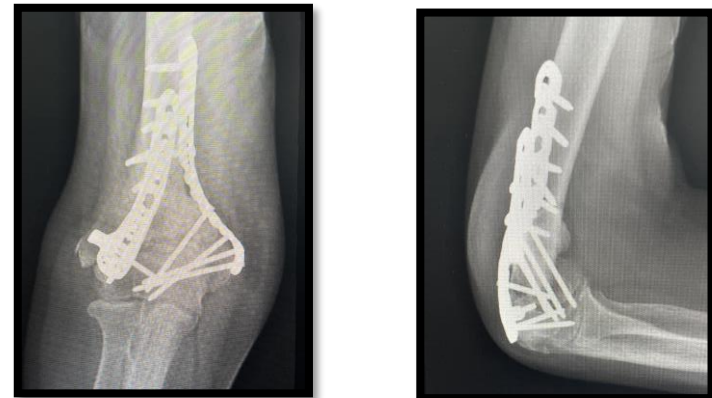


Imagen 4: Radiografías POP a la semana 12

Discusión

Se documenta un caso clínico de no unión de fractura del húmero distal, en paciente mayor con mala calidad ósea, de 2 años de evolución con gran limitación de arcos de movilidad, manejado con reducción abierta por abordaje paratrocipital, fijación con placas bloqueadas anatómicas e injerto óseo de cresta iliaca, logrando consolidación completa a las 12 semanas, recuperación completa de arcos de movilidad y manejo del dolor.

Basados en la literatura el éxito del manejo de estas fracturas se basa en un adecuado planeamiento prequirúrgico basado en

1. Clasificación de la fractura
2. Edad
3. Comorbilidades y estado funcional
4. Calidad Ósea y Grado de conminución
5. Demanda funcional (4)

En cuanto al manejo de la no unión de éste segmento la clave a tener en cuenta :

1. Estado de la superficie articular
2. Viabilidad de los fragmentos y congruencia articular
3. Compresión supracondilea (región más común de pseudoartrosis)
4. Injertos óseos en lo posible de cresta iliaca y liberación de la contractura capsular (5)

Bibliografía

1. Palvanen M, Kannus P, Nieminen S, Parkkari J. Secular trends in distal humeral fractures of elderly women: nationwide statistics in Finland between 1970 and 2007. *Bone* 2010;46:1355–1358.
2. Vauclair F, Goetti P, Nguyen N, Sánchez Sotelo J. Distal Humerus Nonunion: evaluation and management. *EFORT Open Rev* 2020;5:289-298.
3. Morrey M, Morrey B, Sanchez-Sotelo J, Barlow, O'Driscoll, A review of the surgical management of distal humerus fractures and nonunions: From fixation to arthroplasty, *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma* 20 (2021) 101477 *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma* 20 (2021) 101477
4. Simone JP, et al. Low transcondylar fractures of the distal humerus: results of open reduction and internal fixation. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(4): 573e578. Simone JP, et al. Low transcondylar fractures of the distal humerus: results of open reduction and internal fixation. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(4): 573e578.
5. Bhashyam AR, Jupiter JB. Revision fixation of distal humerus fracture non- unions in older age patients with poor bone quality or bone loss - is this viable as a long-term treatment option? *Arch Bone Jt Surg.* 2019;7(3):251e257. Bhashyam AR, Jupiter JB. Revision fixation of distal humerus fracture non- unions in older age patients with poor bone quality or bone loss - is this viable as a long-term treatment option? *Arch Bone Jt Surg.* 2019;7(3):251e257.