

ALOINJERTO DE PERONÉ EN PSEUDOARTROSIS DIAFISARIA DE HÚMERO

Nerea Vega-Martínez, M. Camino Román-Dopazo, Ricardo Baños-Turza, Pedro L. Vaca-Fernández, Sergio Martín-Blanco

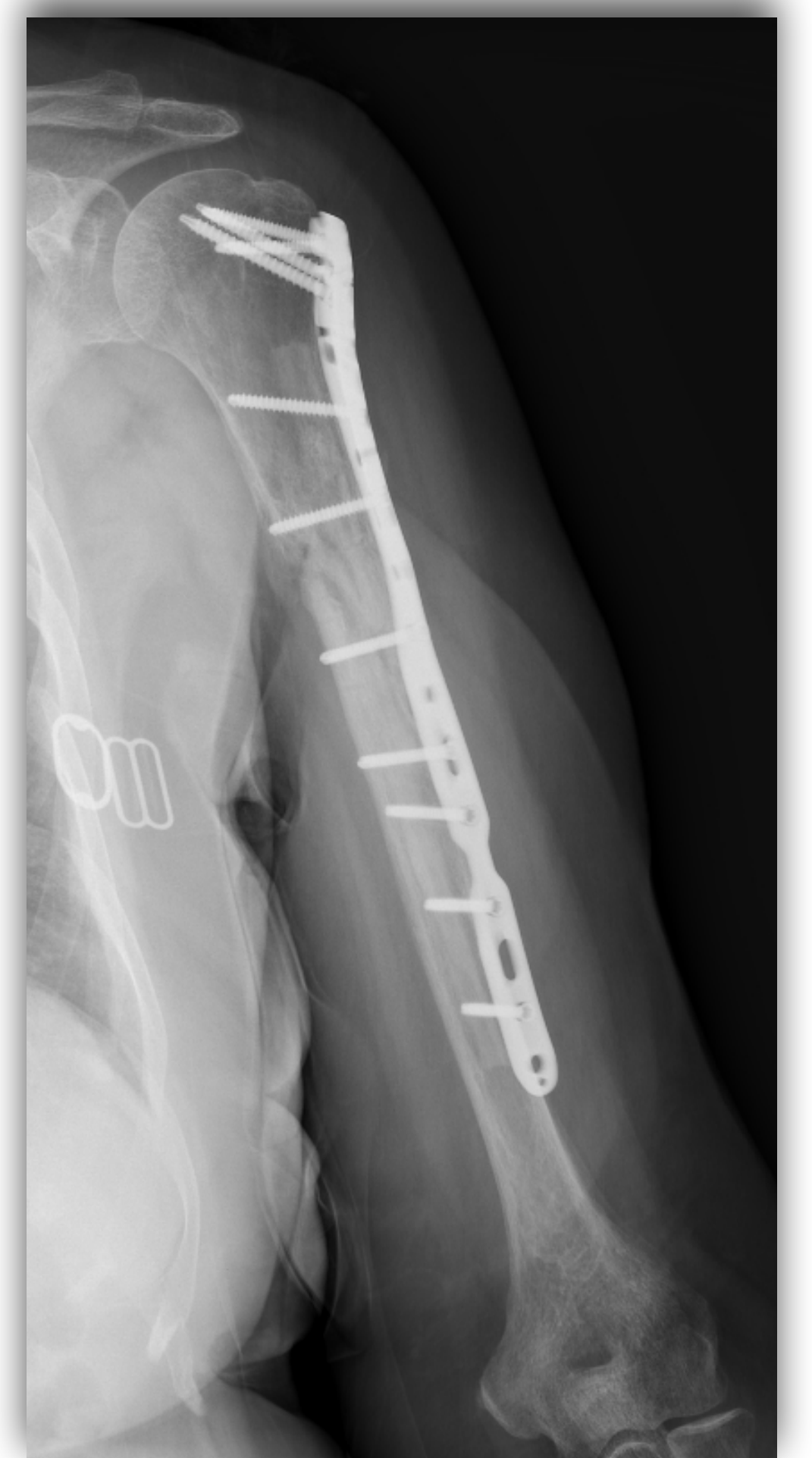
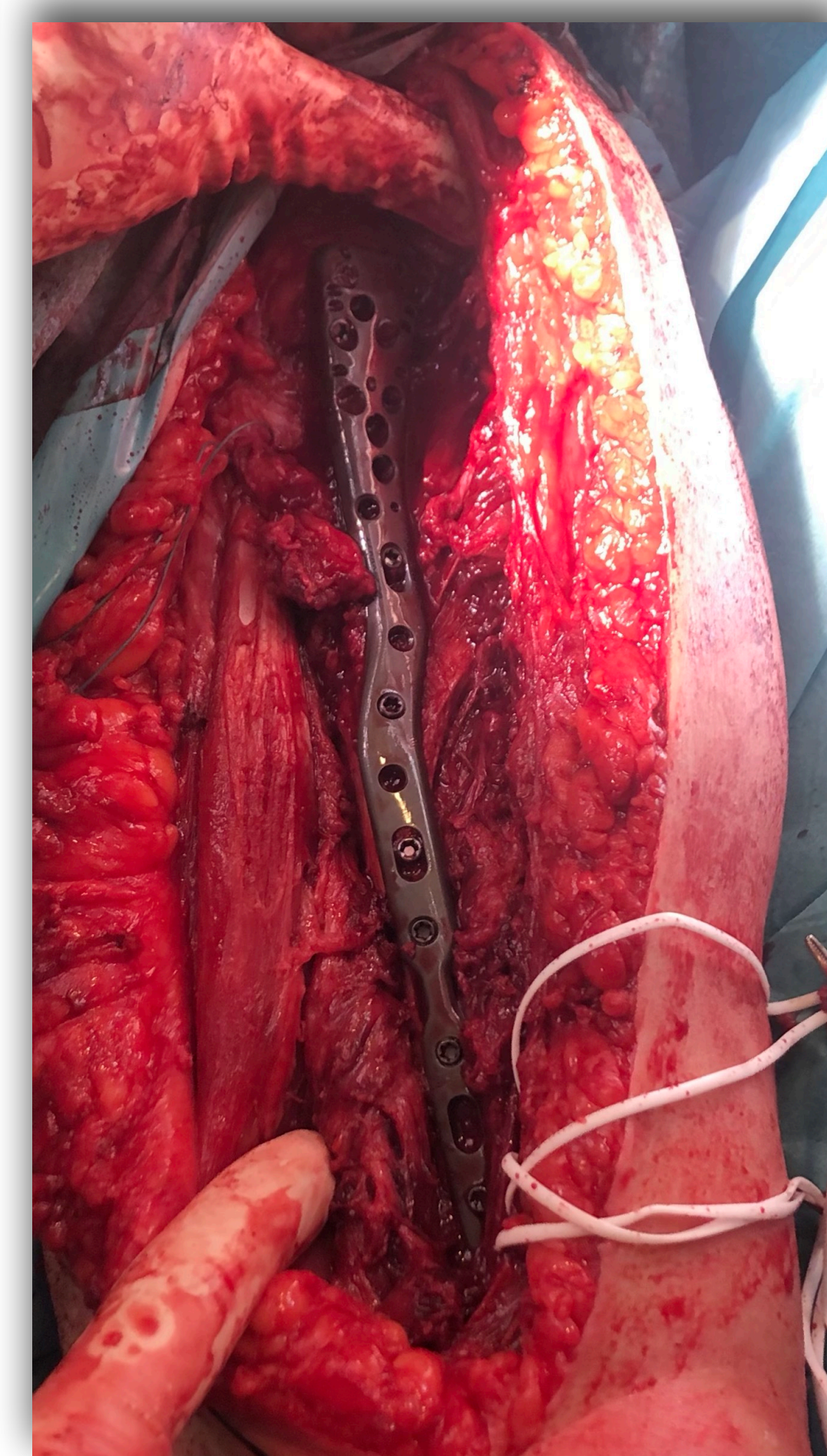
OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente con pseudoartrosis diafisaria de húmero y su manejo terapéutico.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 74 años con antecedentes de HTA, ansiedad e histerectomía. Acudió a urgencias por dolor e impotencia funcional de hombro izquierdo tras traumatismo. En la radiografía anteroposterior y lateral de húmero se observó **fractura diafisaria espiroidea** con tercer fragmento en ala de mariposa y fractura no desplazada de troquíter (Imagen 1). Se optó por **tratamiento conservador con ortesis** de húmero tipo Brace (Imagen 2).

En la consulta de revisión a las cinco semanas, refirió no tolerar el Brace por molestias cutáneas, usándolo una hora al día. En el control radiológico a las ocho semanas se observó consolidación del fragmento en ala de mariposa y desplazamiento secundario del trazo espiroideo (Imagen 3). Se solicitó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) que confirmó la sospecha clínica de **pseudoartrosis** (Imagen 4).



RESULTADOS

A los ocho meses tras la fractura se intervino quirúrgicamente mediante **abordaje deltopectoral** con extensión anterolateral, fresado de opérculo a nivel de foco de fractura, introducción de **aloinjerto de peroné tallado en canal medular y fijación con placa ALPS de húmero proximal**.

Evolución clínica y radiológica satisfactoria, confirmando consolidación de la fractura mediante TAC a los seis meses postoperatorios.

CONCLUSIONES

La mayoría de las fracturas diafisarias de húmero pueden tratarse ortopédicamente. Son aceptables deformidades menores de 20° en plano sagital, menos de 30° de varo-valgo o acortamiento menor de 2-3 cm, con tasas de consolidación del 90% en una media de 9 a 14 semanas. La **tasa de pseudoartrosis** en tratados **con ortesis tipo Brace** varía del **2% al 10%** según las series. Las ventajas del **uso de aloinjerto** frente a autoinjerto de cresta iliaca o peroné vascularizado incluyen: **menor morbilidad, una estabilización rígida que asegura la consolidación, disminución de la estancia hospitalaria y recuperación precoz**.