

PSEUDOARTROSIS DE TERCIO DISTAL DE CLAVÍCULA DERECHA

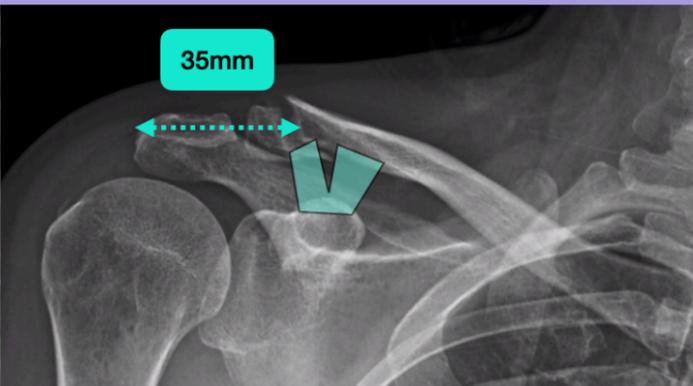
Patricia Rodríguez Zamorano, Jaime Sánchez Del Saz, Clara Miguel Miguel, Yaiza Lopiz Morales, Carlos García-Fernández. Unidad de Cirugía del Hombro y Codo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La pseudoartrosis de fractura de tercio distal de clavícula es una complicación poco frecuente con un riesgo de entre el 1-5% en las fracturas manejadas de forma conservadora. Los casos sintomáticos se estiman entre un 20-45%, siendo considerado el tratamiento quirúrgico el tratamiento de elección.

OBJETIVO

Presentar un caso de pseudoartrosis en una fractura de tercio distal de clavícula y una opción de tratamiento quirúrgico con buenos resultados.

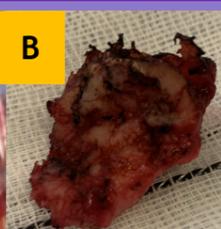
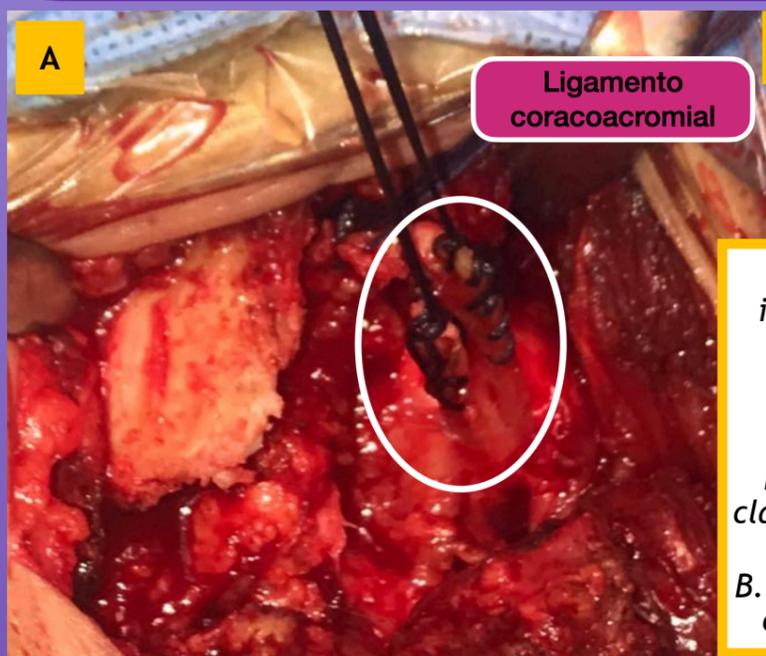


Proyección AP y axial preoperatorias: pseudoartrosis de fractura de tercio distal de clavícula. En azul distancia a ligamentos coracoclaviculares.

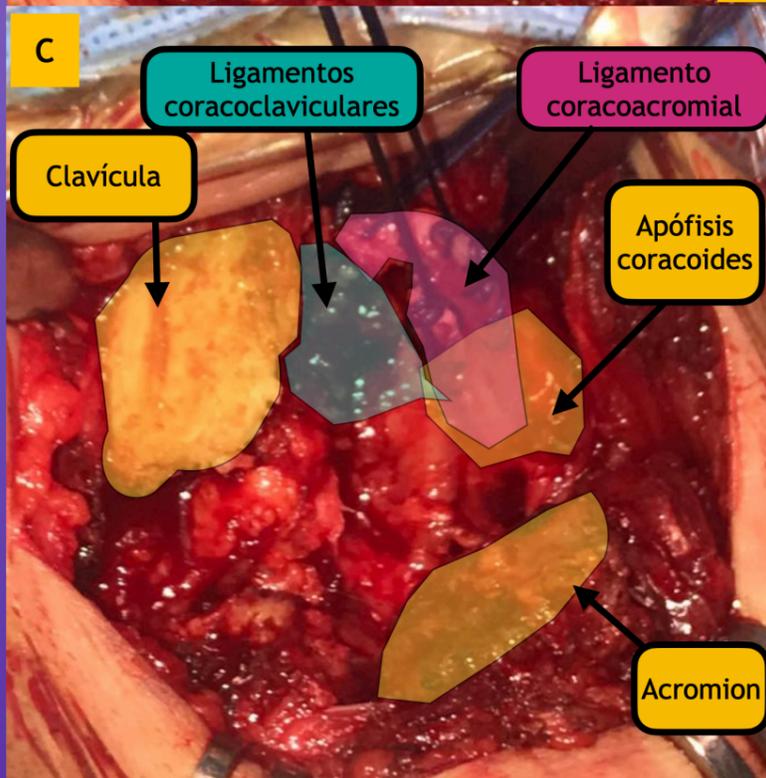
MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 46 años diagnosticada de fractura de tercio distal de clavícula derecha (Neer tipo I, AO: 15.3Aa) tras caída casual hace 8 meses que se manejó de forma conservadora. Desde entonces, se mantiene sintomática sin haberse podido reincorporar a su trabajo por el dolor y la limitación funcional permanente en dicho hombro.

Presenta dolor a la palpación de tercio distal de clavícula con un balance articular activo completo aunque doloroso. Se evidencia ausencia de consolidación radiológica confirmándose la pseudoartrosis mediante TAC.



A y C: Lecho intraoperatorio con ligamentos coracoclaviculares desinsertados del acromion para reanclaje en borde clavicular tras exéresis de B.
B. Fragmento distal de clavícula resecado.



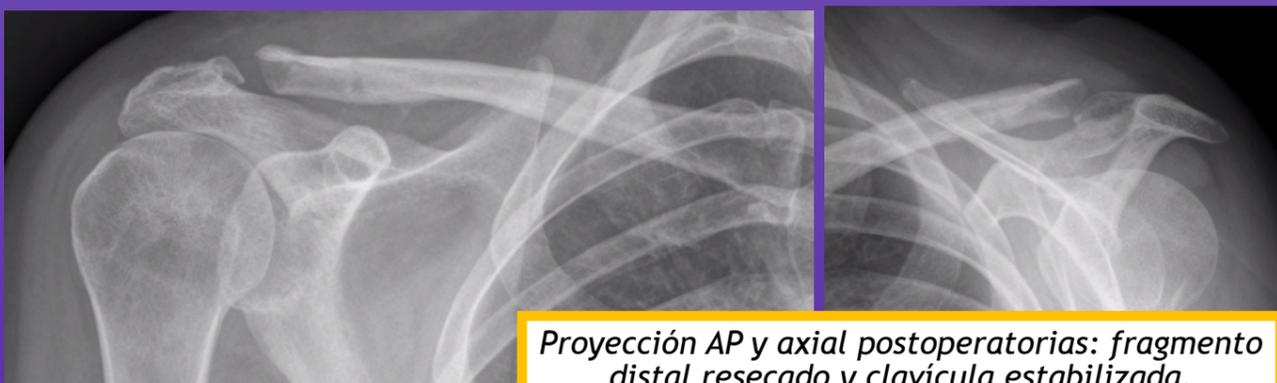
RESULTADOS

Se interviene bajo anestesia general y bloqueo anestésico de plexo axilar en posición de silla de playa. Se realiza abordaje vertical coracoclavicular desde el foco de pseudoartrosis hasta la apófisis coracoides, realizándose posteriormente una incisión horizontal sobre la superficie ósea de la clavícula. Una vez expuesto el foco de pseudoartrosis se identifica el fragmento distal, de 10x15 cm, por lo que se decide la exéresis del mismo y estabilización de la clavícula mediante la Técnica Waever-Dunn modificada (1995). Se identifica el ligamento coracoclavicular que se desinserta a nivel acromial y se reancla en la clavícula mediante suturas transóseas.

En el postoperatorio se mantuvo la inmovilización mediante cabestrillo tipo Gill-Christ durante 6 semanas. En la revisión del 6º mes postoperatorio la paciente realiza vida activa plena, se ha incorporado a su trabajo sin precisar analgésica habitual.

CONCLUSIONES

El tipo de técnica quirúrgica es actualmente muy controvertido así como el aporte o no de autoinjerto dada la poca literatura descrita sobre esta entidad. Cuando el fragmento distal es muy pequeño o conminuto se recomienda su excisión con estabilización posterior mediante diferentes técnicas quirúrgicas (Waever-Dunn, placa gancho, dispositivos coracoclaviculares...) que aporten estabilidad vertical a la clavícula, evitando así el riesgo de luxación acromioclavicular tras la resección del fragmento distal.



Proyección AP y axial postoperatorias: fragmento distal resecado y clavícula estabilizada.

C O N G R E S O

SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA