

PSEUDOARTROSIS DE TERCIO DISTAL DE CLAVÍCULA DERECHA

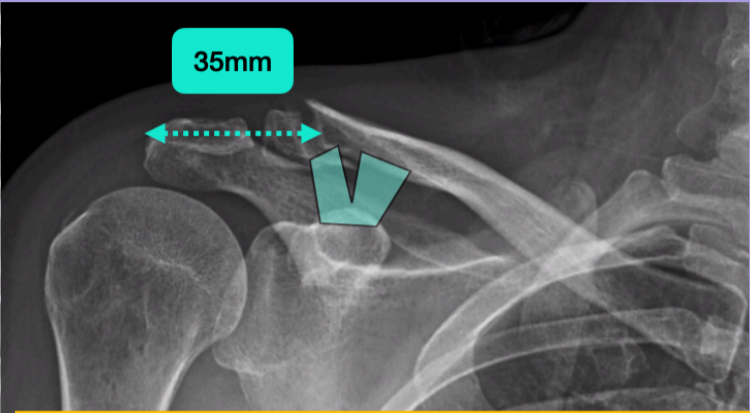
Patricia Rodríguez Zamorano, Jaime Sánchez Del Saz, Clara Miguel Miguel, Yaiza Lopiz Morales, Carlos García-Fernández. Unidad de Cirugía del Hombro y Codo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

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**.

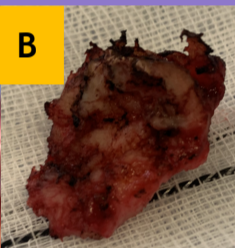
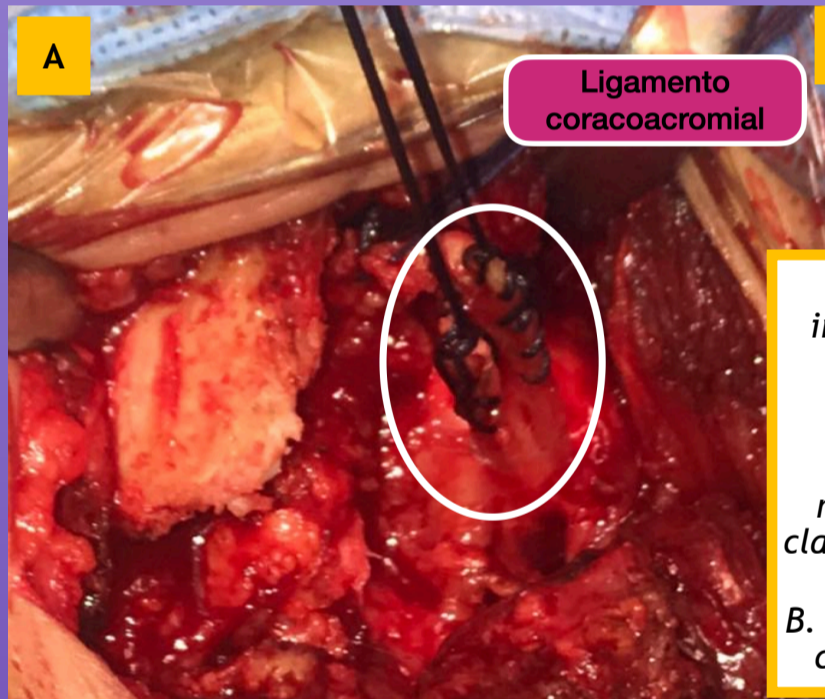


Proyección AP y axial preoperatorias: pseudoartrosis de fractura de tercio distal de clavícula. En azul distancia a ligamentos coracoclaviculares.

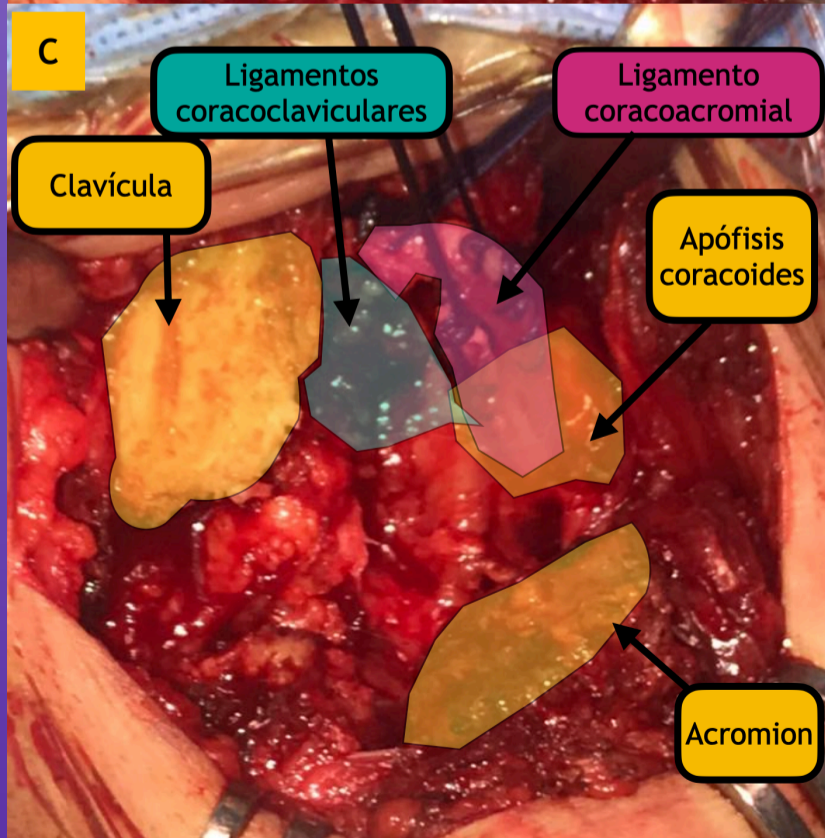
MATERIAL Y MÉTODOS

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 coracoacromial** que se desinserta a nivel acromial y **se reancla en la clavícula** mediante suturas transóseas.

En el postoperatorio de 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.