

Seudoartrosis de húmero

Dres. JUAN CARLOS CAPUTO, CRISTIAN ROBLES*

Paciente H.G., de sexo femenino, de 55 años de edad; que sufrió en enero de 1991 traumatismo encefalocraneano con pérdida de conocimiento y fractura del tercio medio de húmero. Buena evolución desde el punto de vista general.

Fue tratada inmediatamente con yeso colgante. Al mes del accidente (febrero de 1991) es operada, realizándosele osteosíntesis endomedular elástica con cuatro haces de Hackethal, a través de una vía posterior longitudinal mediana supra fosita olecraneana. Dicha operación fracasa, evolucionando hacia la seudoartrosis.

En agosto de 1992 (18 meses después de la primera operación) es reintervenida, colocándose osteosíntesis con placa y tornillos más el agregado de injerto óseo autólogo. Esta última cirugía evoluciona con dolor y movilidad en el foco a los tres meses. Radiológicamente se comprueba aflojamiento de la osteosíntesis. (Figura 1)

Con este cuadro de seudoartrosis de aproximadamente dos años y medio de evolución, con dos cirugías previas fallidas, concurre a nuestro Servicio. En diciembre de 1993 (16 meses después de la última operación) se retira el material de osteosíntesis y se coloca un fijador axial dinámico (L-Q (Figura 2).

A las seis semanas de postoperatorio, se desbloquea el sistema; la paciente es controlada periódicamente; sigue un plan de ejercicios de rehabilitación en kinesiología. Evoluciona favorablemente.

A los nueve meses de postoperatorio, con signos clínicos, radiológicos y tomográficos de consolidación ósea, retiramos el tutor colocándose un brace tipo Sarmiento (Figura 3).

Actualmente la paciente presenta un miembro superior indoloro con movilidad de hombro y codo completa.

DISCUSIÓN

Moderador: Dr. LUCIANO POITEVIN

Moderador: Vamos a ir por pasos, de acuerdo a cómo se va presentando este caso.

En primer lugar, es una paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, que en enero de 1991 sufre un traumatismo encefalocraneano con pérdida de conocimiento y fractura del tercio medio del húmero. Fue tratada inmediatamente con yeso colgante. Al mes del accidente, se le realiza en primera instancia, una osteosíntesis endomedular con cuatro clavos de Hackethal, la que fracasa y evoluciona hacia la seudoartrosis.

En segunda instancia, a los 18 meses de la primera cirugía, se realiza una osteosíntesis con placa y tornillos más el agregado de injerto óseo autólogo. A los tres meses, radiológicamente se comprueba aflojamiento de la osteosíntesis.

¿Podría comentar algún residente si ha sido bien indicada la osteosíntesis en segunda instancia con placas y tornillos?

Residente: En cuanto a la primera indicación creo que estuvo bien, ya que era una lesión mínima del húmero; en cuanto a la osteosíntesis posterior, parecería que no es muy estable.

Moderador: Si usted tiene un retardo de consolidación, después de la osteosíntesis de Hackethal con 18 meses de evolución, ¿hubiera indicado una nueva osteosíntesis con placa y tornillos?

Residente: No, mi indicación hubiera sido ponerle un tutor externo compresivo, o bien hacer una osteosíntesis endomedular con injerto y una decorticación.

Moderador: La residente del Hospital Durand,

* División Ortopedia y Traumatología, Hospital de Agudos Dr. T. Alvarez, Aranguren 2701, Capital Federal

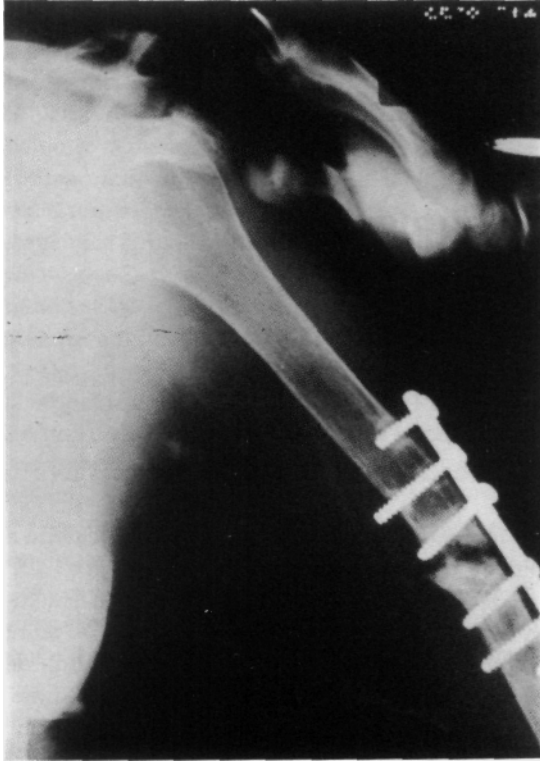


Fig. 1. Seudoartrosis. Aflojamiento osteosíntesis.

¿qué comentario o crítica haría sobre esta osteosíntesis con placas y tornillos? ¿Está correctamente ejecutada o no, dejando de lado la indicación?

Residente: Creo que, ante una osteosíntesis fallida, hubiese colocado una placa DCP un poco más larga, mínimo ocho tornillos, tomando ambas corticales en todos los casos.

Moderador: ¿Hubiese puesto injerto también?

Residente: Sí, lo hubiese puesto.

Moderador: Pasamos entonces al tiempo actual; la pseudoartrosis lleva dos años y medio de evolución, con una osteosíntesis con placas y tornillos fallida, floja, osteosíntesis insuficiente, como mencionó la residente.

Al residente del Instituto Dupuytren, ¿qué solución le daría en este momento?

Residente: En nuestro Servicio no tenemos ningún tipo de experiencia con el fijador Lazo-Cañadell. Lo que estamos usando ahora para fracturas de

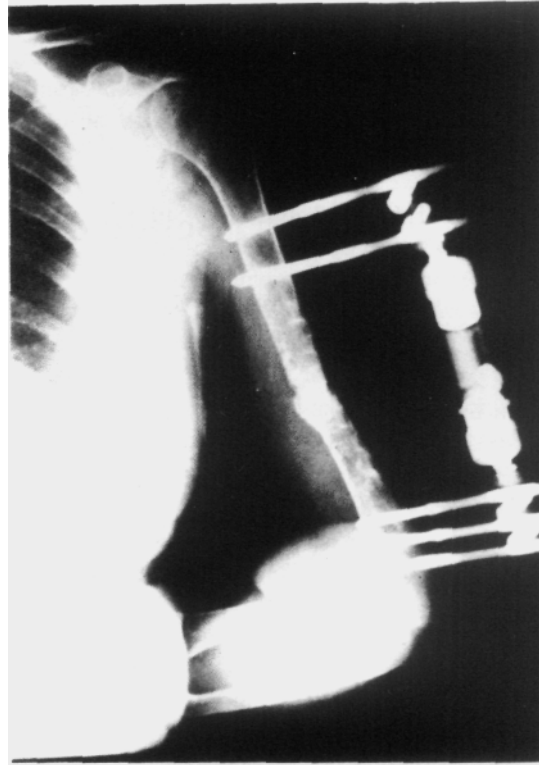


Fig. 2. Se retira el material de osteosíntesis y se coloca fijador axial dinámico (diciembre 1993).

húmero, en el caso de osteosíntesis fallidas y con pseudoartrosis, es el tutor tipo AO; sería por lo que optaría para este caso, asociado a injerto.

Moderador: ¿Cómo haría la compresión con tutor tipo AO, porque supuestamente es un tutor que no es tan versátil para hacer compresión?

Residente: Se basa en un principio de colocar en el fragmento proximal un clavo lo más cerca del foco de fractura y otro clavo lo más lejos. En el fragmento distal igual, unido a un tubo común con otro clavotubo; después se unen ambos sistemas con las rótulas tubo-tubo y con eso se puede realizar la compresión.

Aparte el fijador externo trae un complemento especial para poder realizar la compresión.

Moderador: Al residente del Hospital San Martín de La Plata, quisiera preguntarle si todas las fracturas de húmero se operan o hay algunas que no se operan, ¿cuáles son a su juicio las que hay que operar?

Residente: En este caso, después de tanto tiempo



Fig. 3. A los 9 meses del postoperatorio, con signos clínicos y radiológicos de consolidación ósea, retiramos el tutor.

donde no se llegó a la consolidación, el tratamiento es quirúrgico.

Moderador: Yo me refiero al momento inicial, si usted recibe este tipo de fracturas, ¿qué es lo que a usted le hace indicar la cirugía?

Residente: Otra forma más de tratamiento de las fracturas diafisarias es con una U de yeso para evitar una diastasis posterior.

Moderador: Al residente del Hospital San Martín de La Plata: ¿cuáles serían las indicaciones para tratar quirúrgicamente una fractura de húmero, es decir, las opera a todas, opera algunas, cuáles operaría y cuáles no? Porque uno podría decir que de no haber operado no se hubiera provocado un retardo de consolidación; ¿cómo maneja la indicación?

Residente: En principio se operan las fracturas de húmero en todos los politraumatismos.

En este caso, si la paciente tiene nada más que esa fractura, creo que primero se podía haber intentado un tratamiento incruento.

Me inclinaría por un tratamiento quirúrgico en una paciente obesa, o una mujer con una mama grande, pacientes quemados politraumatizados con fracturas asociadas.

Moderador: ¿A alguien se le ocurre alguna otra indicación quirúrgica en primera instancia, cualquier asistente que quiera opinar?

Jefe de Residentes del Hospital Eva Perón (Ex Castex): Las fracturas expuestas y las fracturas diafisarias transversales son de indicación quirúrgica.

Moderador: ¿Por qué?

Jefe de Residentes del Hospital Eva Perón (Ex Castex): En general hay diastasis y van a provocar un retardo de consolidación, y operándolas se pueden movilizar mucho más rápido las articulaciones proximal y distal. Otra indicación sería la fractura conminuta, donde cambiaría el tipo de tratamiento.

Moderador: Lo que tendríamos que analizar ahora es frente a qué tipo de pseudoartrosis nos encontramos, cuáles son las posibilidades terapéuticas, y lo otro a discutir, es la oportunidad o no de colocar injerto en este tipo de pseudoartrosis.

Al residente del Hospital Alvarez, ¿cuáles serían las indicaciones para colocar o no injerto en una pseudoartrosis?

Residente: Cuando tenemos una pseudoartrosis atrófica y cuando hay pérdida de stock óseo indicaría injerto.

Moderador: ¿Cómo clasificaría esta pseudoartrosis que estamos viendo en esta diapositiva, hipertrófica, atrófica u oligotrófica?

Residente: Yo diría que es atrófica.

Moderador: Al residente del Hospital San Martín de La Plata, ¿cuál sería para usted la indicación? ¿Está bien que no hayan puesto injerto en este caso?

Residente: En el tipo de pseudoartrosis atrófica nosotros ponemos injerto ayudando con una decorticación para lograr un shock vascular y de esa manera estimular la consolidación. También así tenemos una pseudoartrosis hipertrófica.

En este caso hubiera puesto también injerto.

El moderador hace levantar la mano a los asis-

tentes jóvenes, aquellos que le hubieran puesto injerto, y luego a los que no le hubieran colocado injerto. Repite la misma pregunta con los asistentes mayores o con más experiencia en la especialidad.

Moderador: Curiosamente, y a pesar de las estadísticas, la pseudoartrosis en este caso, donde no colocaron injerto, consolidó.

Me gustaría, ya que han opinado hasta ahora los asistentes jóvenes, escuchar opiniones del resto de los asistentes.

Por ejemplo, al Dr. M. Víctor Francone no debemos preguntarle porque es un poco el "padre de la criatura". ¿Qué opina el Dr. Alberto Canevá?

Dr. A. Canevá: Creo que la conducta quirúrgica inicial que se adoptó es la misma que hubiera seguido yo, es decir, le hubiera hecho un enclavado endomedular de Hackethal; cuando llega el momento del retardo de consolidación o pseudoartrosis, posiblemente le hubiera hecho un injerto sin retirar los elementos de osteosíntesis que, como se ve en la radiografía, estaba bastante bien puesta. En el supuesto caso en que llegue después que le han puesto una placa, evidentemente tenía serias deficiencias, cuando abordó el foco de la fractura donde tengo que retirar la placa, aprovecho esa circunstancia para colocar un injerto.

Moderador Me gustaría preguntarle al Dr. Eduardo Zancolli si quiere hacer su comentario.

Dr. E. Zancolli: Primero quiero comentar que la osteosíntesis con Hackethal fue muy buena; muchas veces se hace un poco de compresión cuando se termina de colocar un clavo de Kunstcher.

Me gustaría preguntar a los presentadores si conocen el postoperatorio que hizo esta paciente, después de los Hackethal, lo cual es interesante.

Respecto de la indicación, me parece muy bien lo que dice el Dr. Canevá, yo adhiero a eso; seguramente hubiera agregado costilla, porque como son vastagos largos permiten colocar algún alambrado a distintos niveles; ya de por sí lo aumentaría; es decir que entre un injerto de esponjosa o corticoesponjosa aislado que no termina de darle la estabilidad que necesita. El injerto de costilla, al ser de vastagos más largos y que permite alambrarlo, ya de por sí agrega algo más, con lo cual un pequeño yeso de tipo Sarmiento hubiera sido el complemento ideal.

Con respecto a la osteosíntesis de segunda instancia, fracasó porque ésta fue muy mala; si reseca-

ban la parte esclerosa colocando un buen injerto óseo, ahí no hace falta colocar uno de costilla; es decir, un injerto de esponjosa y una placa bien colocada, tendría que haber consolidado.

Con respecto a la última solución, me parece bien, yo también hubiera optado por injerto óseo, ya que lo vería como muy librado al aparato; le agregaría un poco de elemento osteogénico, lo cual me hubiera dado un poco más de garantía.

Dr. Iván Gorosito: Cuando uno está frente a estos casos, y pensando en lo que es el aprendizaje, se pregunta por qué hizo esta paciente una pseudoartrosis, ya que el Hackethal es un tratamiento que da excelentes resultados y la placa también; entonces aquí pasó algo en los dos sistemas utilizados.

La placa estaba técnicamente mal colocada y en el haz de Hackethal debe haber pasado algo que hizo que no consolidara, porque ustedes se darán cuenta que cuando al foco pseudoartrosico se le dieron las condiciones que necesita para consolidar, no necesitó un injerto, consolidó perfectamente bien con un sistema muy difundido como es el tutor externo. Evidentemente esta fractura no necesitaba ni injerto ni ninguna otra cosa, sólo las condiciones que tiene que tener una fractura para consolidar. El único sistema que brindó esas condiciones fue el tutor externo.

Dr. L. Petracchi: ¿El haz de Hackethal fue colocado a cielo abierto o a cielo cerrado?

Moderador: Fue colocado a cielo cerrado.

Quisiera pedirle al Dr. M. Víctor Francone si quiere hacer un comentario para redondear el tema y quizás para defender mejor su posición de la no colocación de injerto.

Dr. M. V. Francone: Pido permiso para hacer pasar a la paciente.

En esta paciente existía una mala predisposición para un nuevo injerto óseo; consideramos que la solidez que dio cuando los colegas colocaron el fijador fue buena.

El residente del Hospital Alvarez muestra con la paciente la movilidad del hombro y codo, la fuerza muscular y las cicatrices de las cirugías.

Moderador: Agradezco a los presentadores y a la Comisión Directiva por haberme designado moderador de este caso.

Participantes en debate

Dra. Andrea Cortés (Hospital Durand. Buenos Aires)

Dr. J. P. Bernasconi (Instituto Dupuytren. Buenos Aires)

Dr. E. Alonso (Hospital San Martín de La Plata) Dr.

M. Martiarena (Hospital San Martín de La Plata) Dr.

D. Vaineras (Hospital Eva Perón, [Ex Castex]. Buenos Aires)

Dr. J. C. Caputo (Hospital Alvarez. Buenos Aires)

Dr. G. Acuña (Hospital San Martín de La Plata)

Dr. A. Cánova

Dr. E. Zancolli

Dr. I. Gorosito

Dr. L. Petracchi

Dr. M. V. Francone