

USO DE ALOINJERTO DE PERONÉ INTRAMEDULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO

Imanol Gabarain Morcillo, Gaspar de la Herrán Núñez, Oiane Alda Gastiain, Irene Corcuera Elozegui, Ignacio Olavarría López-Aróstegui, Ainhoa Jauregui Garasa
Unidad de Trauma. Servicio de C.O.T. Hospital Universitario Donostia – OSI Donostialdea
CONTACTO: imanol.gabarainmorcillo@osakidetza.eus

INTRODUCCIÓN

El fracaso de la cirugía de la pseudoartrosis puede suponer un problema desafiante en el que encontraremos los problemas biológicos y mecánicos derivados de la desvitalización de los tejidos y la pérdida de *stock óseo*. Se han propuesto distintas alternativas de tratamiento, tales como la membrana inducida (Masquelet), el transporte óseo y los injertos libres vascularizados de hueso y periostio. Se tratan de técnicas con óptimos resultados pero muy demandantes a nivel técnico.

Se ha descrito el uso de autoinjerto de peroné ampliamente en la literatura para el tratamiento de las pseudoartrosis recalcitrantes, tanto en su versión vascularizada como no vascularizada. Sin embargo, no hemos encontrado descrito el uso de aloinjerto de peroné en disposición intramedular para su uso en la pseudoartrosis de húmero.

OBJETIVO

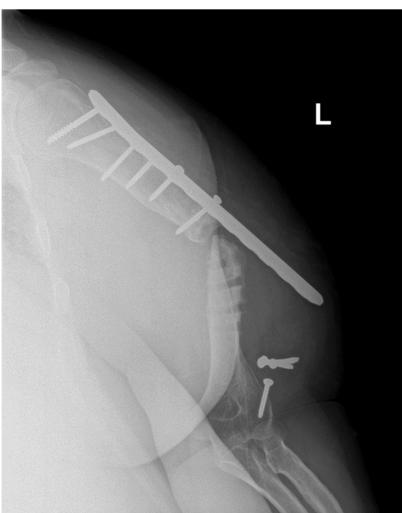
Describir nuestra experiencia clínica en el uso del aloinjerto de peroné en disposición intramedular para el tratamiento de la pseudoartrosis recalcitrante de húmero a través de un caso clínico.

CASO CLÍNICO Y RESULTADOS

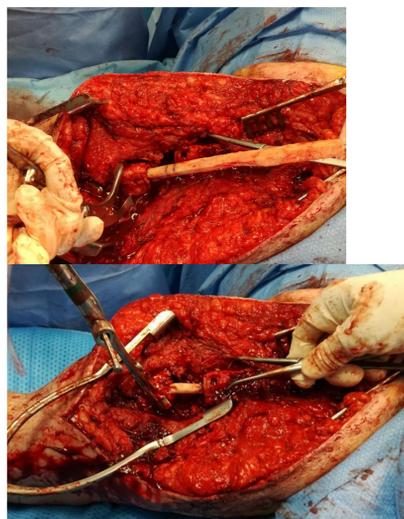
Paciente varón de 53 años que presenta como antecedentes destacables obesidad mórbida, vasculopatía periférica y úlceras venosas en ambas extremidades inferiores. Intervenido en dos ocasiones previas de pseudoartrosis de húmero izquierdo de una fractura tratada inicialmente de forma conservadora, siendo la última cirugía 3 años antes. Acude a urgencias tras notar chasquido, dolor y movilidad anómala en húmero. En radiografías se objetiva fracaso de la cirugía previa, con reabsorción del injerto y movilización del material de osteosíntesis.

Ante la imposibilidad de extraer autoinjerto de peroné, vascularizado o no, dadas las comorbilidades ya descritas, se decide cambiar de estrategia. Se procede a través de abordaje previo (abordaje anterolateral de húmero) a la retirada del material de osteosíntesis previo, cruentación de foco de pseudoartrosis, aporte de injerto óseo (autoinjerto de canal intramedular de fémur obtenido con sistema RIA (DePuy Synthes), aloinjerto esponjoso en chips y 6 cm de diáfisis de peroné dispuesto intramedular en el húmero, previo tallado de la pieza y labrado del canal intramedular mediante fresado secuencial) y estabilización mediante placa LCP de 4,5 (DePuy Synthes).

No se observan complicaciones durante el seguimiento postoperatorio inmediato ni tardío. Se objetiva consolidación radiológica y clínica al final del seguimiento.



Radiografía inicial. Nótese la movilización del material y pérdida del *stock óseo*.



Detalle intraoperatorio. Se observa marcada la línea de osteotomía de la pieza de peroné (imagen superior) y la posterior inserción intramedular de la pieza en el fragmento proximal (imagen inferior).



Radiografía obtenida a los 12 meses de la cirugía. No se pudo retirar uno de los tornillos del material de osteosíntesis previo. Se observa correcta disposición del material de osteosíntesis, integración del injerto y consolidación del foco de pseudoartrosis.

DISCUSIÓN

El uso de autoinjerto de peroné está descrito para el tratamiento de las pseudoartrosis recalcitrantes, en tanto que además de presentar cualidades osteogénicas, osteoinductoras y osteoconductoras, también aportan soporte mecánico estructural que estabiliza el foco de fractura. Sin embargo, en situaciones en las que no es viable la obtención de autoinjerto de peroné vascularizado, el uso de aloinjerto de peroné en disposición intramedular puede tener un papel en el tratamiento del fracaso de la cirugía de pseudoartrosis. Además, no “cierra puertas” a reintervenciones con técnicas más exigentes. Presenta como limitación que al no ser un autoinjerto carece de propiedades osteogénicas y osteoconductoras relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrzejowski P, Giannoudis PV. The 'diamond concept' for long bone non-union management. *J Orthop Traumatol.* 2019;20(1):21.
2. Kashayi-Chowdojirao S, Vallurupalli A, Chilakamarri VK, et al. Role of autologous non-vascularised intramedullary fibular strut graft in humeral shaft nonunions following failed plating. *J Clin Orthop Trauma.* 2017;8(Suppl 2):S21-S30.

