

Tratamiento de pseudoartrosis recalcitrante de radio distal: colgajo microvascular corticoperióstico de cóndilo femoral interno a propósito de un caso.

DRES. SARA SÁNCHEZ LÓPEZ; SOFIA AMORÓS DE VÉLEZ; ISABEL MEDRANO MORTE; ALBA PALAZÓN MORENO; MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ CARRASCO; JOSEFA ANDRES GRAU
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ, LORCA, MURCIA

Introducción al tema

El tratamiento de la pseudoartrosis recalcitrante es un reto. El colgajo corticoperióstico de cóndilo femoral interno (CFI) es una buena opción ya que aporta periostio y cortical vascularizados.

Objetivos

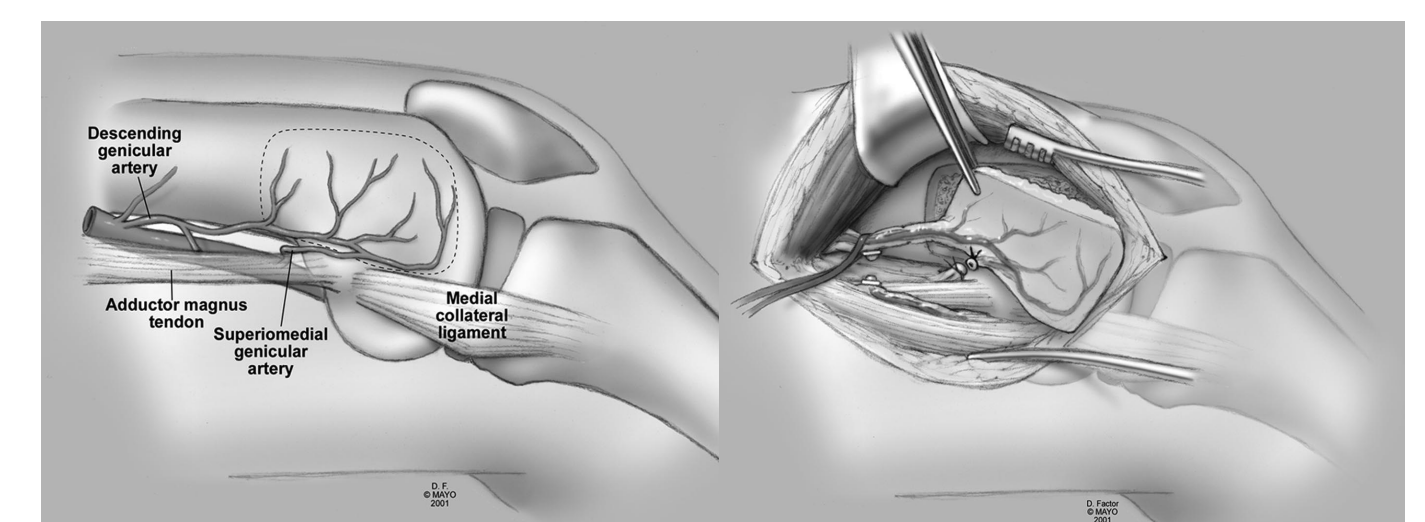
Presentar un caso de pseudoartrosis recalcitrante de radio distal tratada mediante colgajo corticoperióstico de CFI, descripción de la técnica quirúrgica y resultados.



FRACTURA METAFISARIA
CONMINUTA
ABIERTA GRADO II GUSTILO

Material y Método

Paciente de 55 años, fumador, intervenido por fractura abierta grado II de Gustilo de extremidad distal de radio desplazada extraarticular, mediante osteosíntesis con placa. Al año de la cirugía no presentaba consolidación y persistía el dolor, por lo que se intervino cruentado y aportando injerto de cresta autólogo. Un año después, continuaba misma situación clínicoradiológica. Se reintervino realizando un colgajo corticoperióstico de CFI: mediante abordaje medial del muslo, anterior al tabique intermuscular interno, se encontraba el pedículo de la arteria geniculada descendente, que se disecó y aisló hasta CFI, extrayéndose junto con isla de periostio, cortical y esponjosa. Posteriormente se abordó pseudoartrosis cruentando lecho y disecando arteria y vena radial para realizar anastomosis latero-terminal de arterias y termino-terminal de venas con sutura 10/0. Se introdujo isla corticoperióstica en gap óseo y se comprobó previo al cierre correcta perfusión del injerto y permeabilidad de los vasos.



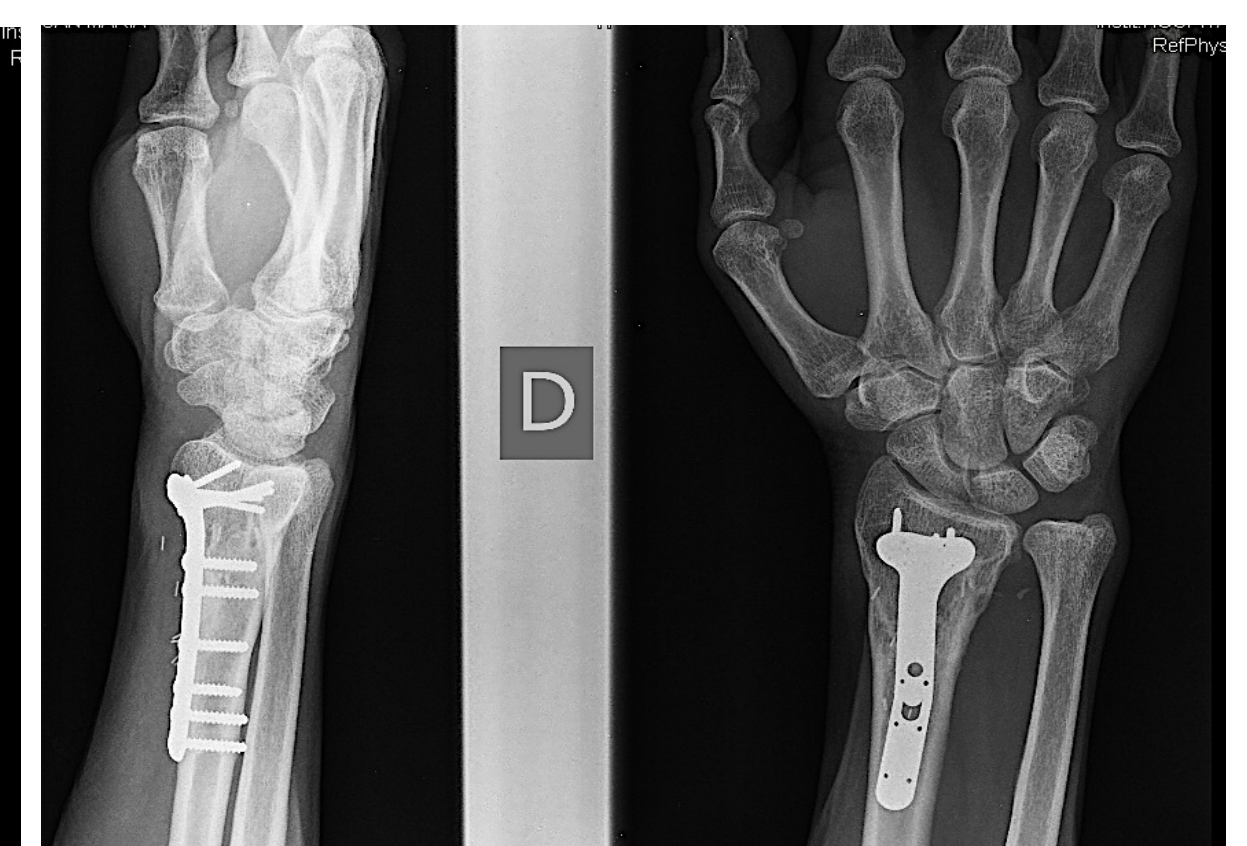
POST-OPERATORIO INMEDIATO

Resultados

Se mantuvo inmovilización tres semanas. Hubo consolidación radiológica a los 3 meses y desaparición de la sintomatología con recuperación del rango de movilidad. Las molestias de la zona donante remitieron a los dos meses. Un año después, había consolidación y resolución de la sintomatología. Tras 4 años continúa asintomático.



1 AÑO POST-OPERATORIO



4 AÑOS POST-OPERATORIO

Conclusión

El tratamiento de la pseudoartrosis de pequeño tamaño consiste en osteosíntesis estable y aporte de injerto autólogo, pero en pseudoartrosis recalcitrantes necesitamos mejorar las condiciones vasculares locales mediante transplante de hueso vascularizado, ampliamente aceptado en grandes defectos. Los colgajos clásicos no están indicados en pequeños defectos por la dificultad de aislar las arterias que vascularizan el segmento y el riesgo de que quede avascular, además de abultar demasiado. La forma cóncava medial del CFI y la ausencia de cobertura muscular que podría dañar los vasos periósticos hacen del colgajo corticoperióstico una opción ventajosa, sobretodo cuando hay factores de riesgo asociados como fractura abierta, alta energía y material de osteosíntesis in situ.

