



XLI CONGRESO SOTOCVAV



**FRACTURA SUPRACONDÍLEA NO
CONSOLIDADA, CON PARÁLISIS DE NERVIOS
RADIALES.
PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA**



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xativa
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 26 años con antecedentes de fractura supracondílea multifragmentaria de húmero distal derecho intervenido mediante dos placas de osteosíntesis y tornillos en su país de origen (Colombia) hace 3 años, con parálisis de nervio radial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza exploración, analíticas, radiologías y pruebas complementarias (TC y EMG de miembro superior derecho) de años previos.

Inmovilización temporal con exoprótesis semirígida de extremidad superior con cabestrillo.

Otras pruebas complementarias posteriores serán: cultivos.

RESULTADOS

Las analíticas con perfil séptico revelaron elevación de PCR y VSG. Los cultivos fueron negativos.

A la exploración presentaba una deformidad a nivel del codo, sin dolor. Mano parética. EMG: Axonotmesis parcial de grado severo del nervio radial a nivel del canal de torsión, sin signos de reinervación muscular distal.

TC: Signos de pseudoartrosis sin puente óseo de unión y con diástasis interfragmentaria de 3 cm. Signos osteolíticos periplaca de hasta 9 mm.

FRACTURA SUPRACONDÍLEA NO CONSOLIDADA, CON PARÁLISIS DE NERVIO RADIAL. PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Fue intervenido para EMO de material, que estaban en interior del canal medular, siendo difícil su extracción. Estructuras de partes blandas muy adheridas entre sí.

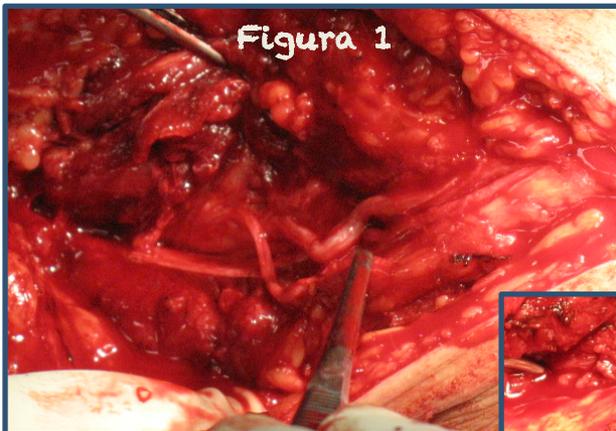


Figura 1

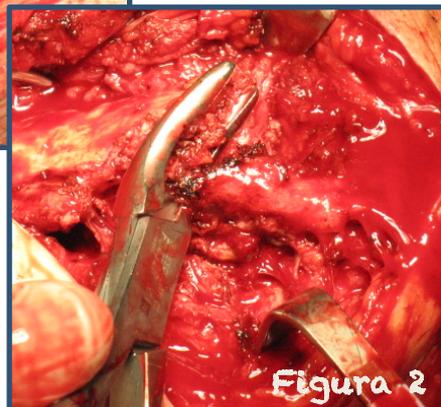


Figura 2

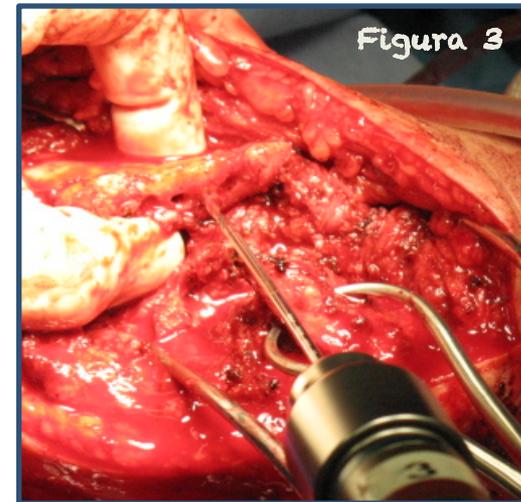


Figura 3

DISCUSIÓN

En un segundo tiempo se intervino para liberación del nervio radial (muy sufrido) (*Figura 1*) y fijación interna de defecto de unión (pseudoartrosis) con fenestración y remodelación de los canales medulares de ambos extremos fracturarios (*Figura 2 y 3*).

FRACTURA SUPRACONDÍLEA NO CONSOLIDADA, CON PARÁLISIS DE NERVIO RADIAL. PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torreveija (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torreveija (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torreveija (Alicante)

Figura 4

Figura 5

Figura 7

Figura 6

Figura 8

Se refrescaron bordes, liberación de osteofitos.

Aporte de aloinjerto de banco de hueso en los defectos (**Figura 4 y 5**). Osteosíntesis con doble placa (posterolateral y neutra) Variax humeral con tornillos (**Figura 6, 7 y 8**).

La comprobación radiológica mediante fluoroscopia y post-intervención fueron satisfactorias.

A las 2 semanas acudió a CCEE por colección hemática en región lateral del codo derecho, que fue drenado con extracción de 300 cc de líquido serohemático.

Sintomáticamente el paciente se encontraba mucho mejor. Evolución favorable.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① En el tratamiento quirúrgico de las pseudoartrosis de los huesos del miembro superior no sólo es importante conseguir la consolidación, sino también recuperar la relación de forma y longitud.
- ② Es una cirugía muy laboriosa cuya finalidad no solo se limita a la corrección radiológica de la lesión, sino conseguir una recuperación funcional mínimamente aceptable, con revisión y liberación de partes blandas y vasculonerviosas.
- ③ La necesidad de la implantación de injerto óseo es un tema que suscita discusión.