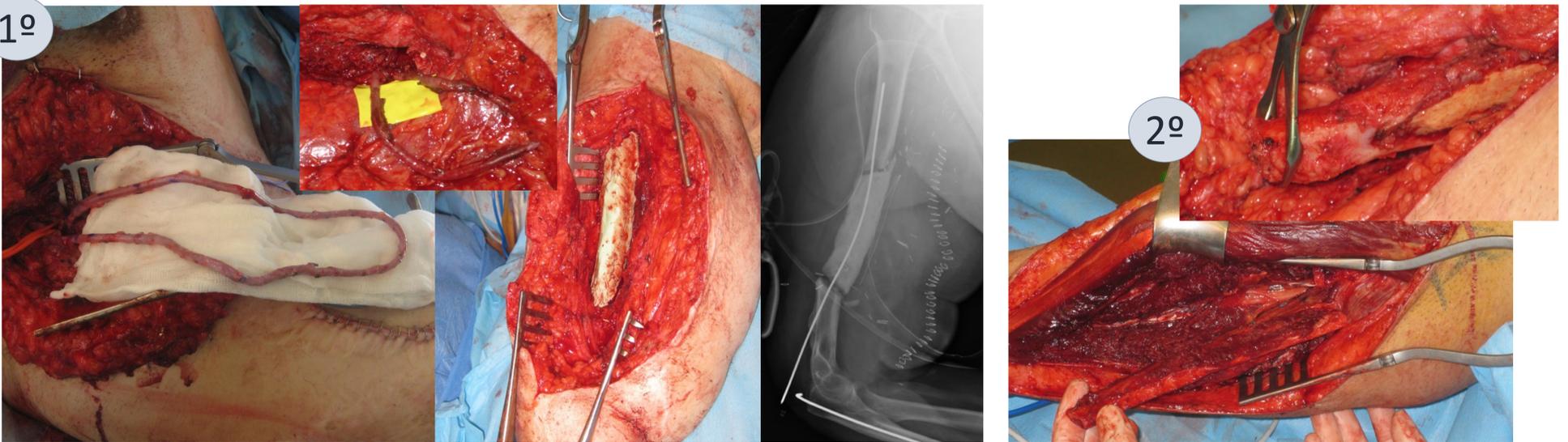
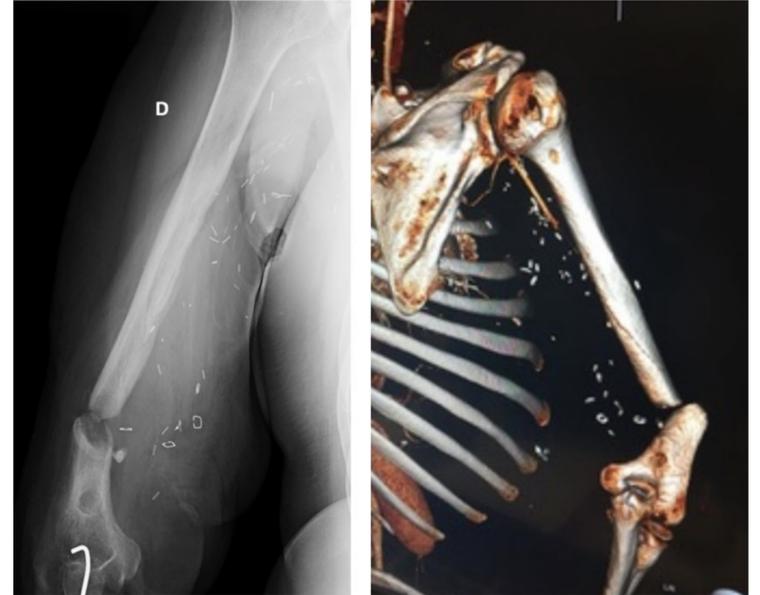


Injerto de peroné vascularizado en pseudoartrosis infectada de húmero con gran defecto óseo: A propósito de un caso.

Jorge Gutiérrez Sáenz de Santa María, Antonio Álvarez Robles, Juan Miguel Briceño Sanz, Javier Pena Vázquez, Esteban López-Anglada Fernández.

• **OBJETIVO:** Revisar las indicaciones y limitaciones del injerto de peroné vascularizado en pseudoartrosis séptica de miembro superior, a propósito de un caso.

• **CASO CLÍNICO:** Varón de 35 años. Pseudoartrosis infectada de húmero derecho secundaria a fractura abierta por atrapamiento con una máquina agrícola → **reconstrucción con injerto de peroné vascularizado.** 1º: Asa vascular con 20 cm de vena safena anastomosada a la arteria axilar + fistulectomía y resección de 13 cm de húmero + espaciador de cemento. 2º: Injerto de peroné vascularizado + osteotaxia. **Consolidación:** 7 meses. **Retirada de fijador externo:** 10 meses. **Resultado funcional:** Movilidad conservada en hombro, extensión completa de codo y flexión M3 con fuerza para levantar 5kg. Nivel de sensibilidad S2 y mano péndula, secuela del traumatismo inicial.



• **CONCLUSIONES:** En defectos óseos extensos asociados a infecciones, las técnicas reconstructivas son complejas. Los injertos óseos deberán cumplir unas condiciones exigentes. El aporte sanguíneo se verá reducido en el centro del defecto y por tanto injertos avasculares no serán viables.

Uno de los injertos vascularizados estrella es el de peroné. Se emplea tanto libre como pediculado. Permite longitudes de injerto entre los 22-26 cm. Su estructura cilíndrica y recta lo hace muy versátil y permite constructos estables. Presenta un pedículo vascular predecible y constante con una longitud y calibre que facilitan su anastomosis. Tiene muy buena irrigación endóstica y perióstica, y permite añadir cobertura de partes blandas. Sus indicaciones principales son defectos mayores de 5-6 cm, situaciones avasculares y pseudoartrosis atróficas o sépticas. Al presentar un buen aporte sanguíneo, facilitará la llegada de antibióticos. Para la estabilización pueden emplearse placas, agujas o fijadores externos. Los sistemas endomedulares no estarán indicados para evitar dañar la circulación endóstica. En casos sépticos, la fijación externa es preferible para evitar la infección del material. Entre las posibles complicaciones encontramos la pseudoartrosis o necrosis del injerto, fracturas del injerto y la comorbilidad en la zona donante.