

---

**PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Pseudoartrosis no viable de tercio distal del cúbito**

**A Case Report on Nonviable pseudoarthrosis of the distal third of the ulna**

**Yandri Bornot Duránd<sup>1</sup>, Gleibis Ferrer Matos<sup>2</sup>, María E. Font Ávila<sup>3</sup>, Mariano Ferrer Matos<sup>4</sup>**

1. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor. Hospital Militar. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Militar Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Centro Provincial de Medicina Deportiva. Holguín. Cuba.

---

**RESUMEN**

Paciente masculino de 57 años de edad que presentó pseudoartrosis no viable del tercio distal de cúbito, con defecto óseo final de 6 centímetros. Se realizó tratamiento quirúrgico y se le reconstruyó el cúbito con injerto autólogo de peroné de 8 cm. El paciente fue atendido en el Hospital Militar de Holguín. Se logró la consolidación ósea a los 5 meses de operado.

**Palabras clave:** pseudoartrosis, defectos óseos, tratamiento quirúrgico.

---

**ABSTRACT**

A 57-year-old male patient presented nonviable pseudoarthrosis of the distal third of the ulna, with a final bone defect of 6 centimeters. Surgical treatment was performed and the ulna was

reconstructed with an 8 cm fibular autologous graft. The patient was treated at the Military Hospital of Holguín. Bone consolidation was achieved 5 months after surgery.

**Keywords:** pseudoartrosis, osseous defects, surgical treatment.

---

## INTRODUCCIÓN

Las fracturas que se producen en el antebrazo son de las más frecuentes en la práctica diaria y representan 40% de las fracturas que asientan en los huesos largos y el 75% de ellas se localizan en el tercio distal. Entre las complicaciones más temidas se encuentra la pseudoartrosis.<sup>1</sup>

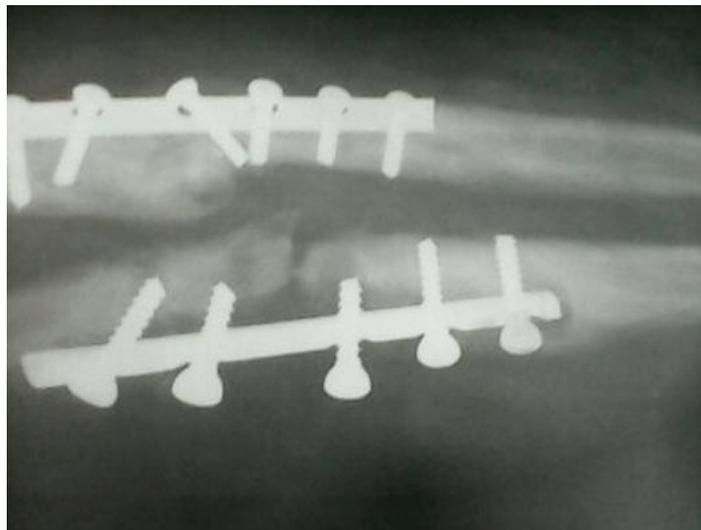
En términos generales, se define como la incapacidad total de consolidación de una fractura por fracaso definitivo de la ontogénesis, que se diagnostica clínica y radiográficamente. También se les denomina así a las fracturas que no consolidan en un espacio de 8 meses, lo cual corresponde a la denominación inglesa de *non-union*.

Como se conoce, la pseudoartrosis es de origen multifactorial, en los que se encuentran factores locales, como fracturas expuestas, factores generales y el hábito de fumar. De las causas de pseudoartrosis podemos inferir que el tratamiento se basa en evitar las causas predisponentes, como realizar adecuada reducción e inmovilización de las fracturas, evitar las manipulaciones repetidas, observar frecuentemente las tracciones esqueléticas mediante radiografías, reemplazar los vendajes de yeso mal colocados, tratar cuidadosamente las infecciones y usar las técnicas más modernas de fijación interna y externa, etc.<sup>2-4</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 57 años de edad, mestizo, sin antecedentes patológicos personales, se recibe en el servicio de urgencias del Hospital Lenin, de Holguín, con una fractura del tercio distal de cúbito y radio, se realiza reducción y osteosíntesis con lámina DCP de 4 mm. Después de 8 meses llega a la consulta de Ortopedia del Hospital Militar de Holguín, donde se constata consolidación del radio y pérdida de la fijación del cúbito, con la consiguiente pseudoartrosis.<sup>5</sup>

Se realizó Rx, que corroboró la ausencia de consolidación del tercio distal del cúbito, obliteración del canal medular y reabsorción de los extremos fracturarios ([Fig. 1](#)).



**Fig.1.**Rx del paciente con pseudoartrosis

Por estos motivos se llevó al salón de operaciones, donde se retiró el material de osteosíntesis, se identificaron y extrajeron los fragmentos óseos con apariencia de pseudoartrosis y desvitalizados ([fig. 2](#)). Posteriormente se obtuvo 8 cm de peroné de la pierna contralateral al antebrazo afectado, incluido tercio medio por donde penetra la arteria nutricia. El injerto autólogo se colocó en el defecto y se estabilizó con alambre de Kirschner de 2 mm ([fig. 3](#)). Al final de la cirugía se colocó férula braquial de yeso por 3 semanas y luego yeso circular por 9 semanas.

A los 5 meses del postoperatorio se observaron signos clínicos y radiológicos de consolidación ósea como resultado final ([fig. 4](#) y [5](#)).<sup>6,7</sup>



**Fig.2.**Fragmentos óseos con apariencia de pseudoartrosis y desvitalizados



**Fig.3.** Radiografía del transoperatorio. Injerto de peroné en el cúbito



**Fig.4.** Signos radiológicos de consolidación (4 meses).



**Fig.5.** Aspecto funcional del antebrazo (5 meses)

## DISCUSIÓN

Existen distintos pilares para el tratamiento de la pseudoartrosis donde se combinan factores mecánicos y biológicos, que van desde la estabilización con elementos de osteosíntesis hasta el uso de injertos autólogos, homólogos o heterólogos.

La combinación de ambos factores casi siempre conlleva a la necesidad de varias intervenciones quirúrgicas y en no pocas ocasiones a pesar del empeño del cirujano, no se obtienen resultados satisfactorios, se llega al fracaso definitivo.<sup>8</sup>

Se considera que la aplicación de esta técnica (injerto autólogo de peroné en los defectos óseos del antebrazo de cualquier etiología con su respectiva osteosíntesis) constituye una buena opción terapéutica, pues los resultados en la mayoría de los casos son buenos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgos J, González Herranz P, Amaya S. Lesiones traumáticas del niño. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
2. Escarpanter Buliés JC. Pseudoartrosis diafisarias. La Habana. Ciencias Médicas; 2005.
3. Alvarez R, Ceballos A, Murgadas R. Tratado de cirugía ortopédica y Traumatológica: Vol. 2. La Habana: Pueblo y Educación; 1986.
4. Borrelli J, Prickett WD, Ricci W. Treatment of nonunions and osseous defect with bone graft and calcium sulfate. Clin Orthop Relat Res. 2003 [citado 16 oct 2017]; (411):245-254. Disponible en: [http://journals.lww.com/corr/Abstract/2003/06000/Treatment\\_of\\_Nonunions\\_and\\_Osseous\\_Defects\\_With.29.aspx](http://journals.lww.com/corr/Abstract/2003/06000/Treatment_of_Nonunions_and_Osseous_Defects_With.29.aspx)
5. Ceballo Mesa A. Fijación externa de los huesos. La Habana: Ciencia y Técnica; 1983.
6. Enneking WF, Eady JL, Burchardt H. Autogenous cortical bone graft in the reconstruction of the segmental skeletal defects. J Bone Joint Surg Am. 1980 [citado 17 oct 2017]; 62(7):1039-1058. Disponible en: [http://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/1980/62070/Autogenous\\_cortical\\_bone\\_grafts\\_in\\_the.1.aspx](http://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/1980/62070/Autogenous_cortical_bone_grafts_in_the.1.aspx)

7. Stevanovic M, Gutow AP, Sharpe F. The treatment of bone defects of the forearm after trauma. *Hand Clinics*. 1999[citado 17 oct 2017]; 15 (2):299-318. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/10361640>

8. Ceballos Mesa A. Fijación externa y técnicas afines. La Habana: CIMEQ; 2012.

Recibido: 4 de julio de 2017

Aprobado: 13 de septiembre de 2017

Dr. *Yandri Bornot Duránd*. Hospital Militar. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: [bornotyandri@infomed.sld.cu](mailto:bornotyandri@infomed.sld.cu)