

INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO COMO TRATAMIENTO DE NECROSIS DE CABEZA FEMORAL SECUNDARIA A UNA PSEUDOARTROSIS DE CUELLO DE FÉMUR. A PROPÓSITO DE UN CASO

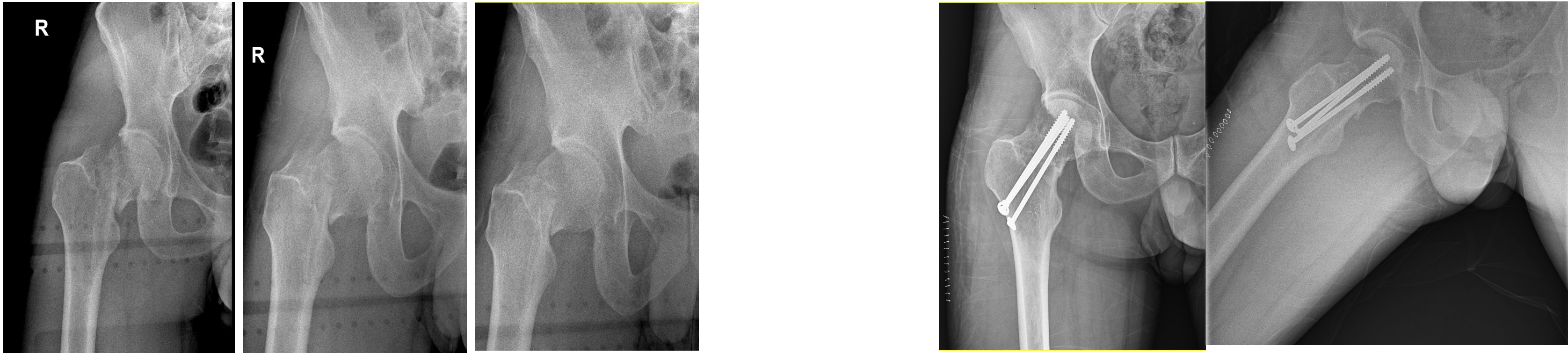
Moreno Fernández,Lucía<sup>1</sup>; Maio Méndez,Tomás<sup>1</sup>; Montserrat Rodríguez, Eric<sup>1</sup>; Gallardo Villares, Santiago<sup>1</sup>, Granell Escobar, Fernando<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital Asepeyo Sant Cugat

INTRODUCCIÓN

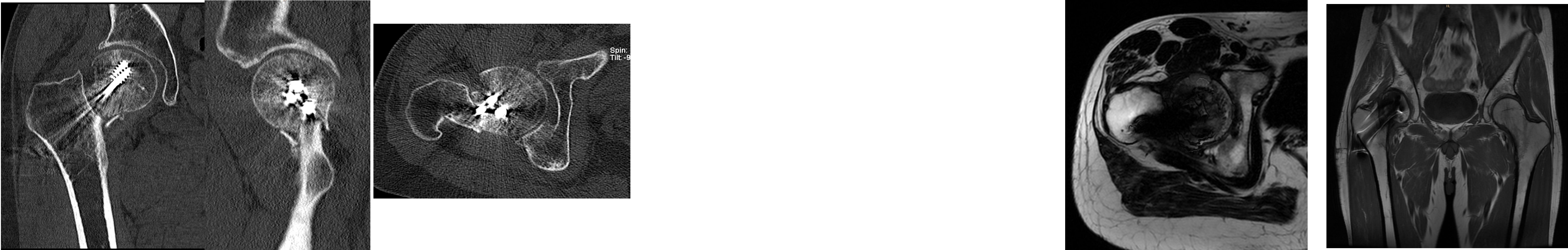
- **Pseudoartrosis** después de una **fractura de cuello femoral**: 10-30% según las series
  - Puede coexistir con **osteonecrosis de la cabeza femoral**
  - Tratamiento
    - ❑ Pacientes mayor edad: artroplastia total de cadera
    - ❑ Población joven: alternativas que preserven la cabeza femoral
- ➡ pérdida de aporte vascular
- ➡ **INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO**

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón, 30 años ➡ 2020: accidente de moto ➡ **fractura subcapital fémur derecho Garden III** ➡ reducción cerrada y **osteosíntesis con tres tornillos canulados**



**6 MESES POSTOP**  
TC: **pseudoartrosis** cuello femoral con esfericidad mantenida(fase **precolapso**) RM: líneas serpiginosas hueso subcondral adyacente foco fractura sugestivo de **osteonecrosis**



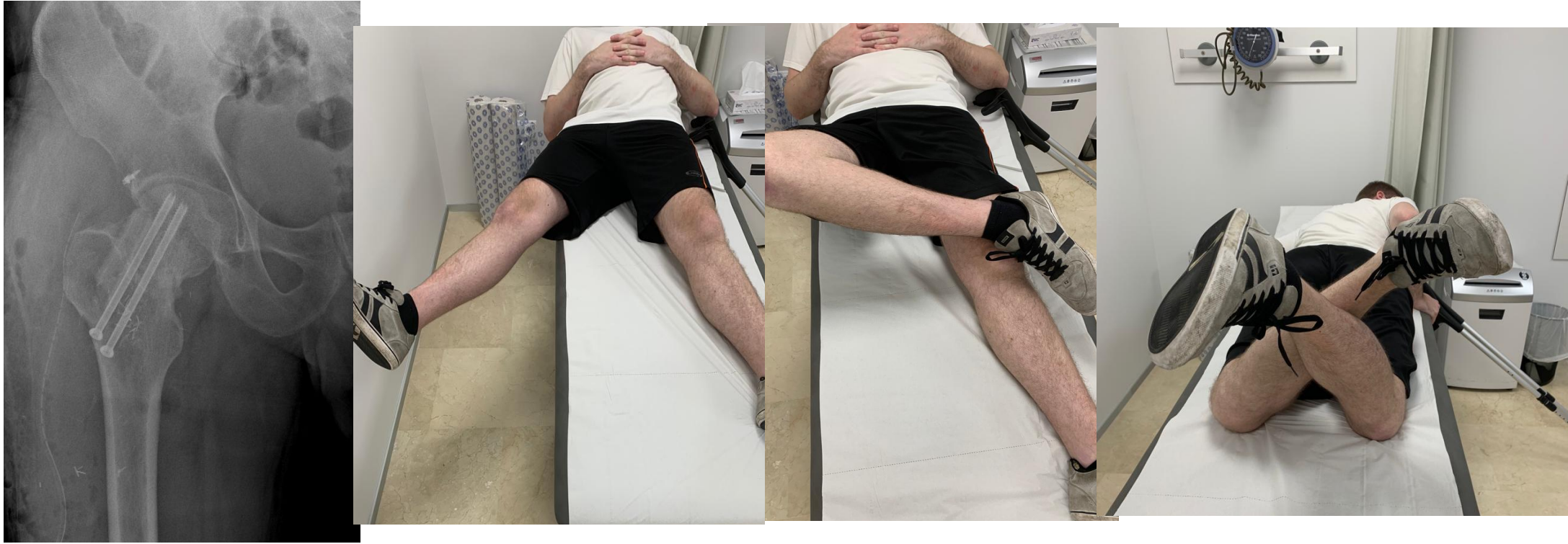
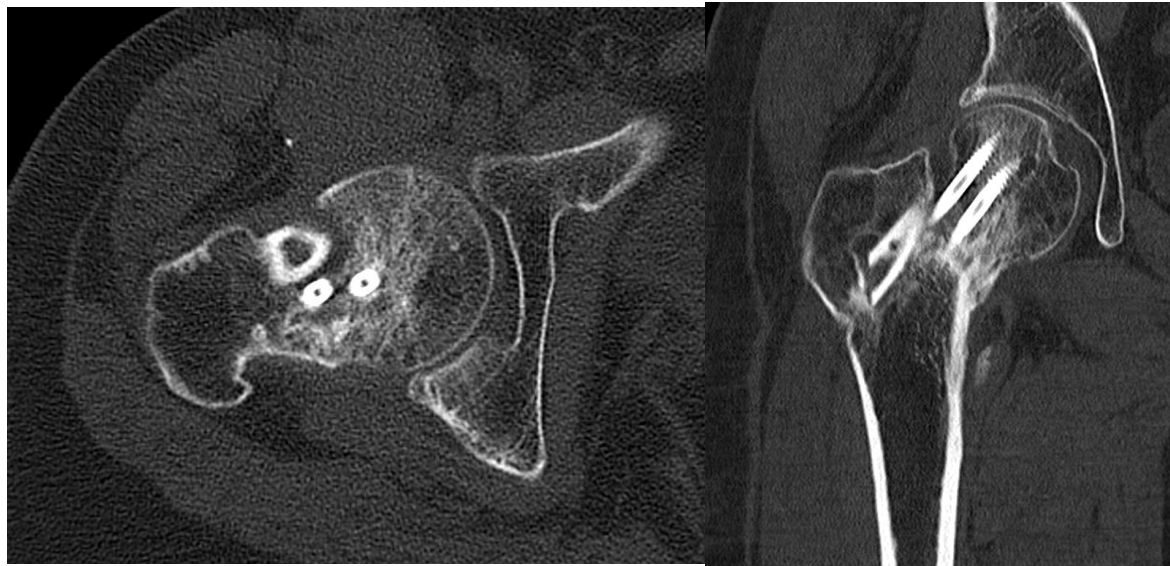
- **6/21 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO**
  1. Disección colgajo de peroné de 7cm
  2. Abordaje anterior de cadera + desinserción recto anterior y preparación vasos arteria circunfleja
  3. Abordaje lateral simultáneo: RMO IQ previa, colocación de nuevos tornillos. Brocado de canal para colocar el peroné.
  4. Desde abordaje anterior: sarcófago en cara anterior cuello fémur e impactación de peroné en sarcófago + fijación con tornillo reabsorbible
  5. Sutura microquirúrgica de arteria peronea y vena satélite con arteria circunfleja y vena satélite



**POSTOP:** descarga 12 semanas. A partir de semana 12 carga parcial. Carga completa a partir de 6º mes.

RESULTADOS

- ★ Control **5 meses** 2º IQ: buena evolución clínica, *carga parcial con buena tolerancia*.  
TAC: consolidación cara interna y posterior cuello femoral, injerto en proceso de integración.
- ★ Control **8 meses** 2º IQ: cojera casi imperceptible, **movilidad cadera simétrica a la contralateral**.  
Rx: imagen de consolidación e integración injerto de peroné. Cabeza femoral mantiene esfericidad.
- ★ Control **18 meses** 2º IQ: persiste evolución clínica favorable. No se han requerido nuevas cirugías.



CONCLUSIONES

- Fractura de cuello femoral: **tasa de complicaciones muy elevada** (PSEUDOARTROSIS, OSTEONECROSIS)
- Tratamientos con resultados variables
- Injerto de peroné vascularizado: **técnica muy recomendable** en adultos jóvenes en sitios donde se disponga de equipo de microcirugía

BIBLIOGRAFÍA

1.Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. A meta-analysis of one hundred and six published reports. J Bone Joint Surg Am. 1994;76(1):15-25.  
2.LeCroy CM, Rizzo M, Gunneson EE, Urbaniak JR. Free vascularized fibular bone grafting in the management of femoral neck nonunion in patients younger than fifty years. J Orthop Trauma. 2002;16(7):464-472.  
3.González del Pino J, Bartolomé del Valle E, Graña GL, Villanova JF. Free vascularized fibular grafts have a high union rate in atrophic nonunions. Clin Orthop Relat Res. 2004;(419):38-45.  
4.Duffy GP, Wood MB, Rock MG, Sim FH. Vascularized free fibular transfer combined with autografting for the management of fracture nonunions associated with radiation therapy. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(4):544-554.  
5.Jun X, Chang-Qing Z, Kai-Gang Z, Hong-Shuai L, Jia-Gen S. Modified free vascularized fibular grafting for the treatment of femoral neck nonunion. J Orthop Trauma. 2010;24(4):230-235.  
6.Urbaniak JR, Coogan PG, Gunneson EB, Nunley JA. Treatment of osteonecrosis of the femoral head with free vascularized fibular grafting. A long-term follow-up study of one hundred and three hips. J Bone Joint Surg Am. 1995;77(5):681-694.  
7.Wood MB. Free vascularized fibular grafting-25 years' experience: tips, techniques, and pearls. Orthop Clin North Am. 2007;38(1):1-v.