

U.M.S.S.
FAC: MEDICINA
AURELIO MELEAN

5o. Año

XV ✓
MED
tesis
L 933 ✓

TRAUMATOLOGIA:

**FRACTURAS DEL MIEMBRO
SUPERIOR**

DOC: DR. RICARDO ZABALA
ALUM: LUCAS VERA MELVI
LUCERO REBOLLO SUSANA
MEDINA BUSTOS MARCO *

65

125

FRACTURAS MIEMBRO SUPERIOR

I. HOMBRO

FRACTURAS DE LA CLAVICULA .-

FRACTURAS DE LA ESCAPULA

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL HUMERO

II. BRAZO

FRACTURAS DE LA DIAFISIS HUMERAL

III. CODO

FRACTURA SUPRA CONDILEA DEL HUMERO

FRACTURAS INTERCONDILEAS Y SUPRA INTERCONDILEAS DEL HUMERO

FRACTURAS DEL CONDILO HUMERAL EXTERNO

DESPRENDIMIENTO DE LA EPIFISIS HUMERAL INFERIOR

DESPRENDIMIENTO Y FRACTURE DE LA EPITROClea

FRACTURA DE LA EXTREMIDAD DEL RADIO

FRACTURA DEL OLECRANON

FRACTURA DE LA APOFISIS CRANOIDES

IV. ANTEBRAZO

FRACTURA DIAFISIARIAS DEL BRAZO Y DEL CUBITO

FRACTURAS DE MONTEGGIA

FRACTURAS DE GALIAZZI

V. MUÑECA

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL RADIO.-

FRACTURAS DEL ESCAFOIDES CARPIANO

IV.. MANO

FRACTURAS DE LA BASE DEL PRIMER METACARPIANO

FRACTURAS DE LAS DIAFISIS DE LOS METACARPIANOS

FRACTURAS DE LAS BASE DE LOS METACARPIANOS

FRACTURAS DEL CUELLO DE LOS METACARPIANOS

FRACTURAS MIEMBRO SUPERIOR

I. HOMBRO

FRACTURAS DE LA CLAVICULA.-

Son frecuentes y se observan en todas las edades.

Se producen generalmente por causa indirecta: caídas sobre el muñón del hombro, codo o mano que determinan exageración de sus curvaturas por compresión bipolar.

Las más frecuentes son las fracturas del cuerpo, especialmente del tercio medio o de la unión de este con el tercio externo. En los niños pequeños son comunes las variedades incompletas (infracción, tallo verde o subperióstica) con o sin angulación, el dolor localizado es a veces el único signo clínico presente. En las fracturas completas el fragmento se desplaza hacia arriba y atrás por acción del esternocleidomastoideo, mientras que el externo va hacia abajo, adelante y adentro por acción del peso y la tracción de los músculos toracohumerales.

SINTOMAS.- El paciente sostiene el miembro lesionado con la mano sana e inclina la cabeza hacia el lado fracturado (relaja el esternocleidomastoideo). El hombro esta deformado por el desplazamiento del muñón (sigue el fragmento externo), por el relieve subcutaneo del extremo cruento del fragmento interno (puede ulcerar la piel) y por una tumefacción edematosa de la magnitud variable, el brazo esta aproximado al tórax, hay dolor vivo localizado, y puede palparse la solución de continuidad. Puede provocarse movimientos activos es tan muy limitados, especialmente la abducción.

Las fracturas de los extremos de la clavícula (menos frecuentes que las del cuerpo) con desplazamiento, suelen plantear problemas diagnósticos con las luxaciones acromioclaviculares o esternoclaviculares (en las fracturas las superficies son irregulares, hay crepitación y la reducción es mas difícil).

COMPLICACIONES Y SECUELAS.- Los vasos subclavios y el plexo braquial pueden resultar lesionados por un fragmento desplazado, o posteriormente por un callo voluminoso (debido a fractura conminuta o déficit de tratamiento. La pseudoartrosis por falta de inmovilización o reducciones cruentas primitivas es rara. La consolidación con cabalgamiento no tiene mucha importancia para la función, siempre que el acortamiento no exceda de 1.5 a 2 cm..

TRATAMIENTO.- En las fracturas sin desplazamiento o con desplazamiento pequeño y buen eje se procederá a la inmovilización con vendaje en ocho.

Cuando hay desplazamiento se impone la reducción previa anestesia focal, a cuando sobre el fragmento externo para alinearlo con el interno, lo que en general no es difícil.

Mas difícil es mantener la reducción lograda sin limitar los movimientos de las articulaciones del miembro: Se reduce a férulas o bien, al método de Coutheaud(reposos en cama con una almohada entre las escápulas y miembro colgado fuera del lecho), o a la T de manera, o a un yeso toracobraquial en posición de Coutheau.

El tratamiento operatorio, poco empleado, puede tener indicaciones en caso de desplazamientos grandes o irreductibles, en fracturas bilaterales(si hay disnea), cuando hay compresiones vasculares o nerviosas

que no ceden con el tratamiento incruento y cuando hay pseudoartrosis sintomática.

En las fracturas desplazadas de los extremos claviculares se tratará como en las luxaciones de las respectivas articulaciones adyacentes.

La pseudoartrosis exige osteosíntesis, con o sin asociación de un injerto óseo, más enyesado toracobraquial.

FRACTURAS DE LA ESCAPULA.-

Poco frecuentes por que el hueso está protegido por importantes masas musculares. a ella se asocian otras de las costillas, cualquiera que sea su localización si existe desplazamiento gral. no es importante.

El dolor localizado se exagera con la presión, movimientos de brazos; el hueso y los tejidos que lo cubren pueden hacerse proclives por los hematomas que ocupan estas celdas.

Se tratan con vendajes que limiten la excursión del hueso y ejercicios graduales del hombro para prevenir su rigidez.

Las fracturas del cuello quirúrgico se producen por caídas sobre el muñón del hombro o la mano, puede haber desplazamiento del fragmento glenoideo a delante y abajo, semejando la luxación escápula humeral, de la que se diferencia por la mayor facilidad para los movimientos pasivos y la crepitación.

Estas lesiones pueden estar acompañadas de fracturas plurifragmentaria de la cavidad glenoidea.

Cuando no hay desplazamiento se hará inmovilización de corta duración con un Velpeau, cuando hay desplazamiento se hará la extensión continua con brazo en aducción por 4 semanas.

En grandes desplazamientos en que el tratamiento incruento es insuficiente, se operará posteriormente para reducir los fragmentos y vigilarlos por osteosíntesis.

La fractura de la glenoidea se produce por caídas sobre el muñón del hombro, la sintomatología es igual que la precedente, si no tiene desplazamiento se la trata con vendaje inmovilizador. Caso contrario se hará el tratamiento quirúrgico que es la realineación de la superficie articular.

En las fracturas del acromión, el peso del miembro y la acción del deltoides pueden- en ciertos casos- desviar el fragmento hacia abajo; otras veces no habrá desplazamiento. La reducción se hará colocado el hombro en aducción, luego se hace el tratamiento funcional.

Fractura de la apófisis Coracoides, es muy rara puede acompañar a luxaciones acromioclaviculares o escapulo-humerales o darse por arrancamiento, el tratamiento es funcional.

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD DEL HUMERO.-

Se produce en gran frecuencia en la edad adulta favorecidas por la osteoporosis, generalmente por caída sobre el brazo extendido con el humero en rotación, se producirán:

- a) Fracturas por compresión o impactación.
- b) Fracturas por aducción, más frecuentes en niños.
- c) Fracturas por abducción, que se ven en el adulto.
- d) Fracturas de troquíter.

Los trazos fracturarios pueden localizarse en las tuberosidades, epífisis, cuello anatómico o quirúrgico.

Los síntomas que encontramos son dolor e impotencia funcional cuando hay enclavamiento fragmentario. Cuando no hay engranamiento puede percibirse crepitación.

Con tumefacción y equimosis variada, en brazo axila y a veces tórax. En fracturas no engranadas, a veces se encuentran acortamiento. La radiografía establece el diagnóstico con precisión.

Tratamiento, si las desviaciones no son muy pronunciadas se procede a dejar un hombro móvil aunque la reducción cesa imperfecta, con yeso colgante, el cual actúa como dispositivo de extensión continua.

En fracturas por aducción se debe hacer tracción y aducción e inmovilizar con yeso. De no lograrlo se hará la reducción cruenta. Las fracturas luxaciones pueden tratarse con maniobras manuales.

En las fracturas desplazadas del troquíter que no pueden ser reducidas con yeso toracobraquial, se hará osteosíntesis con tornillo o hilo metálico.

DESPRENDIMIENTO DE LA EPIFISIS HUMERAL SUPERIOR.-

Suelen observarse en la segunda década de la vida y es análogo a las fracturas del cuello quirúrgico. Con desplazamiento leve se colocara un vendaje Velpeau por 3 semanas, de ser mayor el desplazamiento se hará reducción manual con anestesia general con maniobras suaves e inmovilización con yeso toracobraquial o con extensión continua.

II. BRAZO

FRACTURAS DE LA DIAFISIS HUMERAL

Son frecuentes en el adulto, se producen por mecanismos directos (caídas), o indirectos (Angulación-torción).

Se localizan generalmente en tercio medio o en la unión de este con el inferior. Según su localización sufren diferentes tipos de desplazamientos.

Al examen clínico encontramos edema y hematoma de la región, deformación por angulación de vértice habitualmente anterior o anterexterno, acortamiento segmentario, dolor, movilidad anormal, crepitación ósea, equimosis e impotencia funcional.

Pocas veces se observa compromiso de la arteria Humeral o de venas regionales, lo mismo que los nervios Mediano y Cubital. Por el contrario es muy frecuente la parálisis del nervio radial en las fracturas del tercio medio.