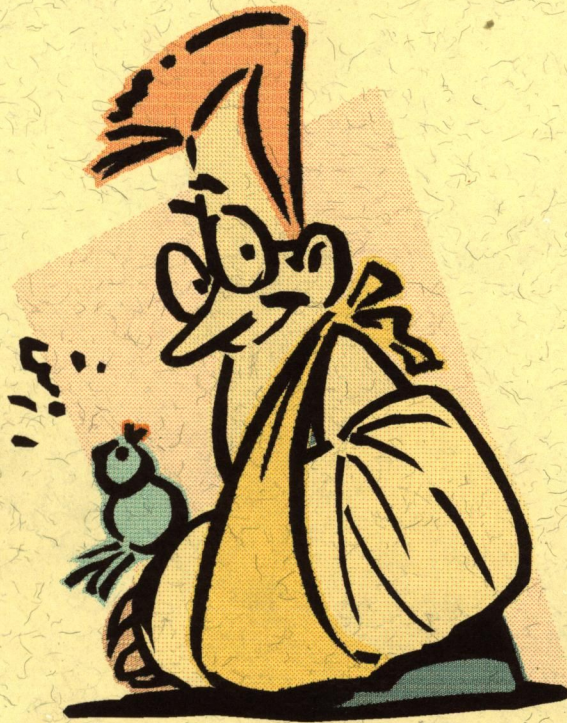


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO
TRAUMATOLOGÍA

XV
MED
Tesi
P299



FRACTURAS - EXTREMIDAD SUPERIOR

Alumnas: Patiño Ramírez Karla
 Pozo Sotomayor Ana Carola
Docente: Dr. Ricardo Zabala

COCHABAMBA - BOLIVIA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO
TRAUMATOLOGÍA



FX PROXIMAL Y SUPRACONDILEA DEL HUMERO

Alumna: Pozo Sotomayor Ana Carola
Docente: Dr. Ricardo Zabala

COCHABAMBA - BOLIVIA

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL HÚMERO CUELLO DEL HÚMERO

Las fracturas del húmero proximal son aquéllas que ocurren a nivel del cuello quirúrgico o proximales al mismo. Representan el 45% de todas las fracturas del húmero, porcentaje que aumenta hasta el 76% en pacientes mayores de 40 años, por la presencia de osteoporosis.

Se considera una fractura subcapital desplazada, de acuerdo con la clasificación descrita por Neer en 1972, aquellas fracturas del cuello quirúrgico que presentan más de 1 centímetro de desplazamiento entre los fragmentos o más de 45° de angulación entre los mismos.

Estas fracturas son más frecuentes en la edad adulta avanzada, sobretodo mujeres y en los pacientes ancianos favorecidas por la osteoporosis regional (caídas), pero también se producen en niños, automovilistas accidentados (choque del brazo contra la portezuela), como también en la práctica de deportes que suponen caídas bruscas y golpes violentos (ciclistas-caída lateral, esquiadores-caída sobre el hombro, deportistas que practican actividades violentas-rugby, frontón, judo, etc.)

MECANISMO DE LESIÓN

La causa habitual es indirecta, por una caída sobre el brazo extendido, en la cual el acromión actúa como resistencia aplicándose en diferentes puntos según la dirección que toma el brazo con relación al tronco.

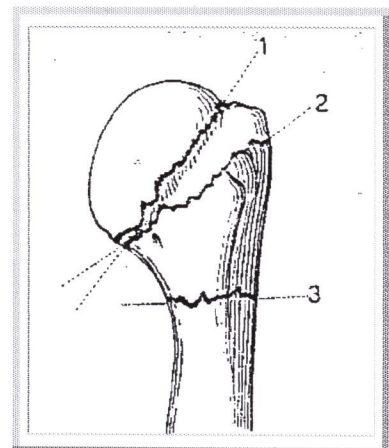
CLASIFICACIÓN.

A. De acuerdo a localización del trazo fracturario:

- ✓ Del cuello anatómico o Subcapital (las más frecuentes).
- ✓ Del cuello quirúrgico.
- ✓ Supraectorodeltoidea.

B. Según el tipo de lesión:

1. *Fracturas por compresión o impactación* (troquíter, epifisarias con hundimiento, conminutas). producidas por un mecanismo directo, al golpear la cara externa del hombro contra el suelo o al recibir una contusión por un impacto directo. En ellas hay una fractura de rasgo transversal, que cruza el cuello del húmero, en general sin gran desplazamiento de los fragmentos ni deformación de los ejes; con frecuencia las superficies de fractura se encuentran firmemente encajadas. La contusión directa contra el extremo superior del húmero, suele determinar además una fractura, a veces con uno o varios rasgos de la masa del troquíter.

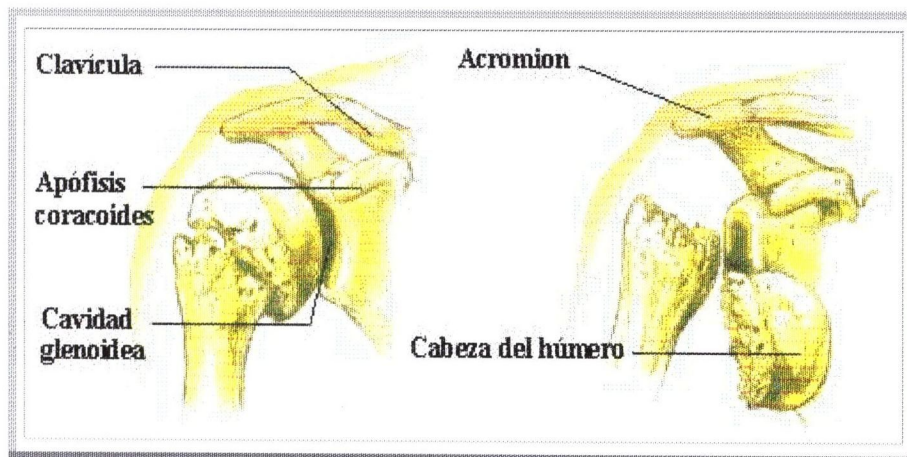


2. *Fracturas por aducción* (frecuente en niños). se produce por caída directa, golpeando el hombro contra el suelo, quedando el brazo en posición de aducción. El rasgo de fractura es sensiblemente horizontal, impactado contra la cabeza humeral en su mitad interna, de modo que el ángulo céfalo-diafisario del húmero se encuentra más cerrado en 15, 20 ó más grados; el eje del brazo se ha desviado en aducción. Es frecuente que además el segmento diafisario gire en su eje longitudinal, en un movimiento de rotación interna
3. *Fracturas por abducción* (frecuente en adultos mayores de 40 años).

C. Fracturas del troquíter.

Se refiere básicamente a la fractura de la gran tuberosidad de la cabeza humeral que da inserción al músculo supraespinoso. Se describen tres tipos de fracturas del troquíter:

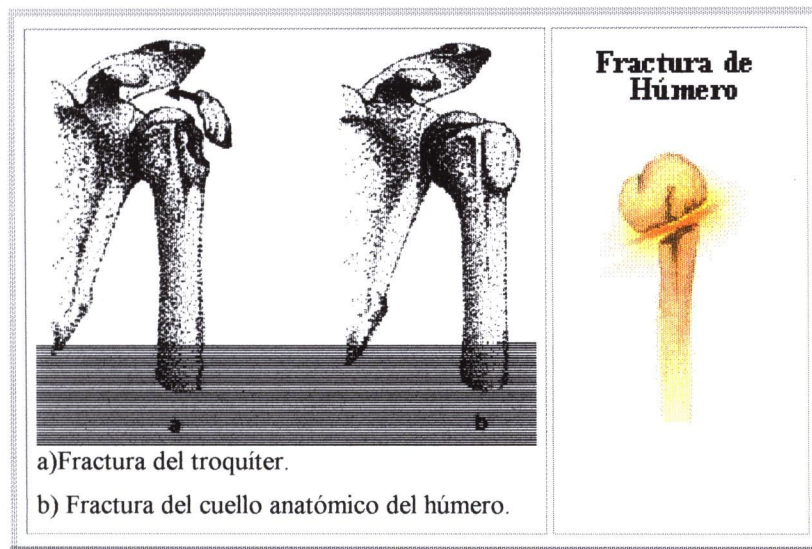
- ✓ *Fractura conminuta con gran compromiso óseo*, generalmente se produce por un violento golpe directo de la cabeza humeral, en una caída de lado contra el suelo; en la mayoría de los casos compromete todo el cuerpo del troquíter, que se fragmenta en dos o más segmentos adquiriendo a veces el carácter de una fractura conminuta.
- ✓ *Fractura sin desplazamiento del fragmento-Fractura del vértice del troquíter*, es una típica fractura por arrancamiento. La tracción arranca la base de la zona de inserción del músculo. Con frecuencia el fragmento desprendido no se desplaza; el pronóstico es bueno y el tratamiento sólo requiere de inmovilizar el brazo en un cabestrillo por 2 a 3 semanas, cuidando de mantener la movilidad del hombro en actividad. Las medidas de rehabilitación deben ser muy controladas en enfermos de más de 45 años.
- ✓ *Fractura con desplazamiento del fragmento*, por la violencia de la caída, la tracción del supraespinoso es extremadamente violenta, la radiografía lo muestra sobre la cabeza humeral o bajo el acromion.



D. Desprendimientos epifisarios.

Son frecuentes en adolescentes y también suelen observarse en la segunda década de la vida y se produce por mecanismo análogo al de las fracturas del cuello quirúrgico. Es más frecuente la variedad en aducción. Si el desplazamiento es leve, el tratamiento será un vendaje Velpeau por 3 semanas; si el desplazamiento es mayor se hace una reducción bajo

anestesia general con maniobras suaves y se inmoviliza con yeso toracobraquial; en caso de fallar esta reducción, se procede a la intervención quirúrgica.



SÍNTOMAS

Los síntomas cardinales de una fractura son esenciales para identificar o sospechar su existencia: antecedente traumático (aunque puede no haberlo), dolor, deformidad local, movilidad anormal en el segmento afectado, crepitación e incapacidad funcional. La radiología confirma la existencia de la fractura y ofrece información que permite precisar sus características

Después de una caída o de un choque muy violento, dolor inmediato e intenso en el brazo. La persona se coloca espontáneamente en la posición típica de los traumatismos del miembro superior: antebrazo flexionado, brazo contra el cuerpo, miembro herido sostenido por el miembro opuesto. Al fracturarse el húmero, se produce hemorragia interna y el brazo puede tornarse negro, azul o morado hasta más abajo del codo. Esta coloración generalmente desaparece aproximadamente en tres semanas.

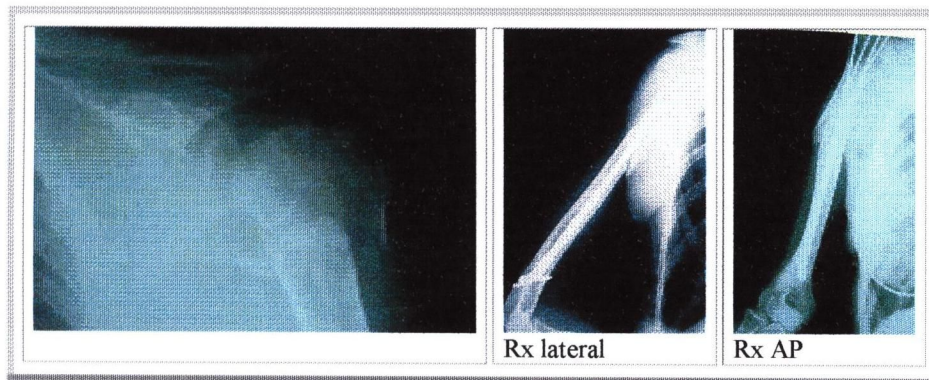
En la fractura subcapital debido a la aparente levedad del traumatismo, el dolor es tolerable, impotencia funcional de menor intensidad existe persistencia de signos y aparición de extensa equimosis que desciende a lo largo de la cara interna del brazo

En las fracturas por abducción existe una angulación del eje braquial, con tumefacción variable y equimosis extensa (brazo, axila, a veces tronco).

DIAGNÓSTICO

Son necesarias radiografías en dos planos: anteroposterior y axial. La sola proyección anteroposterior no nos informa de la verdadera posición del extremo distal de la fractura; puede corresponder a una fractura no encajada, en que el fragmento distal está por delante

o por detrás del proximal. No resulta fácil ni conveniente elevar el brazo para conseguir la proyección céfalo-caudal; más apropiada es la proyección lateral o retroesternal.



EVOLUCIÓN

El grado de recuperación así como el plazo para conseguirla, depende de:

- ✓ Edad del enfermo; pasados los 45 años el riesgo de limitación a la abducción es progresivo.
- ✓ Grado de contusión muscular, especialmente del deltoides.
- ✓ Grado de la potencia de los músculos del hombro.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Grado de comprensión y cooperación del paciente. En ello juega un papel trascendente la acción estimulante psicoterápica del médico.

En general la consolidación de estas fracturas no ofrece inconvenientes. En adultos y ancianos se forma callo sólido en lapso de 5 a 6 semanas, en los niños la fusión es más rápida.

En personas mayores puede quedar como secuela el Síndrome del hombro doloroso congelado. Cuando se produce un arrancamiento, puede llevar a una artrosis del troquiter.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la edad del paciente, de la localización de la fractura y de la estabilidad o desplazamiento de la misma: Ortopedia y kinesioterapia, inmovilización, manipulación, intervención quirúrgica, prótesis.

