



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO

**“TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS
FRACTURAS DIAFISIARIAS DE HUMERO
CLAVO UHN VS. PLACA “**

Hospital Obrero # 2 desde el 1 de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2006.

**Tesis de Grado para optar
Titulo de Especialidad en
Traumatología y Ortopedia**

**Autor : Dr. Arturo Guzman Avilés.
Residente Tercer Año – Traumatología- Ortopedia**

**Tutor : Dr. Omar Mustafá Milan
Cirujano Traumatólogo**

**Cochabamba – Marzo
2007**

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS DIAFISIARIAS DE HUMERO

CLAVO UHN VS. PLACA

HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S. ENERO DE 2000 - DICIEMBRE DEL 2006

Autor: Dr. Arturo Alejandro Guzmán A.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION.....	Pag.1
II. OBJETIVO GENERAL.....	Pag.2
III. OBJETIVOS ESPECIFICOS	Pag.2
IV. MARCO TEORICO.....	Pag.2
V. JUSTIFICACION.....	Pag.17
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pag.18
VII. HIPOTESIS.....	Pag.18
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	Pag.18
IX. RESULTADOS.....	Pag.20
X. DISCUSION.....	Pag.20
XI. CONCLUSIONES.....	Pag.21
XII. RECOMENDACIONES.....	Pag.21
XIII. ANEXOS.....	Pag.22
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	Pag.32

I. INTRODUCCION

Muchas han sido las actuaciones del médico traumatólogo respecto al manejo de las fracturas diafisarias de húmero siendo así han sido empleados numerosas medidas terapéuticas que van, desde el tratamiento ortopédico (enyesados rígidos, férulas funcionales) hasta cirugías donde se realizan osteosíntesis con placas y clavos centro medulares, todo esto con el objeto de promover la consolidación, la movilización precoz y la restauración de la función, conservando la longitud, rotación y ejes mecánicos de la extremidad, elegir el implante depende de varios factores como ser la calidad ósea, mecanismo de la lesión y características propias de la fractura.

Consideramos fracturas de la diáfisis humeral, la situada entre 5 cm. por debajo del reborde superior de la cabeza humeral a 5 cm. por encima de la superficie articular distal del húmero. Constituye entre el 1.29% y el 1.5% de las fracturas de los miembros, (3) siendo más frecuentes en la unión del tercio medio con el distal, ya que en este punto el húmero cambia de una arquitectura cilíndrica a una aplanada. El mecanismo más frecuente es el traumatismo directo sobre el miembro superior sobre todo en accidentes de tránsito. (fig 7). Pese a que el tratamiento en muchos casos fue conservador (yeso colgante de Caldwell, férula braquial de coaptación en "U") el tratamiento quirúrgico se impone al permitir una alineación adecuada y llegando a satisfacer no siendo necesario realizar una reducción perfecta de los fragmentos, tolerando angulación anterior no mayor de 20° y un varo menor de 30°, tampoco una aposición del 100% de los fragmentos. Dentro de las posibilidades del tratamiento quirúrgico, destaca el enclavado endomedular bloqueado y no bloqueado, fijación con placa y la fijación externa.

En nuestro medio, gracias al avance y disponibilidad de materiales y técnicas se ha podido reducir de manera considerable las complicaciones. Este estudio nos dará una mejor visión a cerca de los procedimientos quirúrgicos más empleados en el Hospital Obrero No 2 de la C. N. S. de Cochabamba para la resolución de las fracturas diafisarias de húmero.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.-

Comparar La efectividad del clavo endomedular bloqueado vs. placa y tornillos en la síntesis de fracturas diafisarias humerales. Y así dar una pauta para la uniformidad de criterios quirúrgicos en cuanto a la resolución de este problema traumatológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

Establecer la incidencia de las fracturas diafisarias de humero según sexo y edad

Determinar el tipo de técnica quirúrgica.

Analizar el tiempo de consolidación.

Identificar las complicaciones con cada técnica

Realizar una evaluación en base a parámetros clínicos radiológicos

III. MARCO TEORICO

FRACTURAS DE LA DIAFISIS DEL HUMERO

Generalidades

Es mayor la frecuencia en adultos, en plena actividad y como consecuencia de acciones violentas, directamente aplicadas sobre el brazo:

1. Golpes directos, caídas de lado en que el brazo se estrella contra un borde duro sobre el cual se hace palanca
2. Accidentes automovilísticos
3. Impacto de bala contra el hueso, son mecanismos muy frecuentes.

En general la fractura es producida por un trauma violento y por ello es posible encontrar lesiones secundarias, ya sea por el agente traumático mismo o por el segmento óseo fracturado, como la lesión del radial y/o de la arteria humeral

Si la fractura se produjo por un trauma de poca intensidad , como el apoyarse simplemente sobre el codo, o lanzar con fuerza una piedra, etc., debe sospecharse de inmediato en una fractura en hueso patológico (metástasis, mieloma, quistes, displasia fibrosa, etc.).

Variedades anatómicas

Son múltiples las formas de fracturas y ello está determinado por el mecanismo de producción.

Un golpe directo sobre el brazo provoca una fractura de trazo único y horizontal; será oblicuo o espiroideo, en un movimiento de rotación brusco e intenso; habrá varios fragmentos en un aplastamiento del brazo contra un plano duro (suelo) o por acción de un proyectil.

Síntomas

Como en toda fractura diafisiaria, es posible encontrar casi todos los síntomas y signos: dolor, impotencia funcional, movilidad anormal, crepito, deformación del contorno del brazo, alteración de los ejes, etc.

Con frecuencia el desplazamiento de los fragmentos es evidente, y está determinado, sea por la fuerza del impacto mismo, o por la acción de las masas musculares insertadas en los fragmentos libres. El nivel de la fractura, en relación a los puntos de inserción muscular, es determinante en el desplazamiento de los fragmentos.