

MANEJO DE LAS FRACTURAS COMPLEJAS DE ESCÁPULA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: GIL MARTÍNEZ A.; MORENO REGIDOR A.; BEDOYA ROZAS A.; CABALLERO GARZÓN M. A.; BALCELLS SANCHO L. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de escápula son relativamente poco frecuentes, asociadas generalmente a mecanismos de alta energía. Pese a que el tratamiento ortopédico es el más usado, hay ocasiones en las que el tratamiento quirúrgico es imprescindible.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años quien 12 días antes del ingreso sufre accidente de motocicleta en Filipinas, con resultado de fractura abierta de escápula izquierda en varios fragmentos. En el momento agudo fue tratado mediante desbridamiento, cura de la herida y antibioterapia (Clindamicina y Augmentine).

EF

Herida circunferencial en región deltoidea, hombro caído respecto a contralateral, limitación para la abducción y antepulsión activas por encima de 50° e hipoestesia en territorio dependiente de los nervio axilar y cutáneobraquial medial. Estado neurovascular distal sin alteraciones.

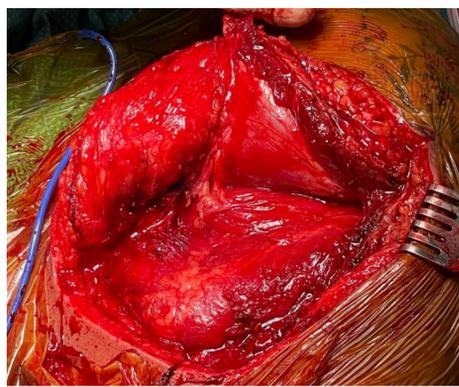
TAC

Fractura conminuta con fragmento glenoideo independiente del resto que condiciona una disociación escapulotorácica. Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica mediante RAFI.



TRATAMIENTO

Dado que la fractura afectaba tanto al cuello glenoideo, columna medial y lateral, se optó por un abordaje clásico de Judet y fijación con 3 placas de reconstrucción de 3.5mm. Se realizó una revisión y liberación del nervio supraescapular, que se encontraba atrapado entre dos fragmentos.



CONCLUSIONES

Pese a la multitud de clasificaciones (Zdravkovic y Dalton, Thompson, AO/OTA), la clasificación anatómica es la más usada. Si bien el Gold Standard del tratamiento es el ortopédico, la presencia de escalón intraarticular mayor de 3-5mm, gran despedazamiento (ángulo glenopolar menor de 22°, medialización del borde lateral mayor de 20mm y angulación mayor de 45°) y hombro flotante (doble lesión del complejo suspensorio superior, disociación escapulotorácica, fractura ipsilateral de clavícula y cuello glenoideo), son criterios quirúrgicos.

Múltiples abordajes son posibles (Judet modificado, Brodsky o anterior deltopectoral) prefiriendo en nuestro paciente el abordaje Judet clásico, al permitir visualizar y evaluar las columnas lateral y medial, articulación glenohumeral y nervio supraescapular, con buenos resultados y escasas complicaciones.