

# DEL FIJADOR EXTERNO A LA PLACA VOLAR

## FRACTURA-LUXACIÓN DE GALEAZZI ABIERTA CON PÉRDIDA ÓSEA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Lucía Domingo Rodríguez, Alejandro Salido Villarón, Marcos De Francisco Tomé, Jesús Cernadas Martínez, Luis Antonio Mendez Bonal, Ana Codesal Norriella.  
Complejo Hospitalario Universitario de Lugo

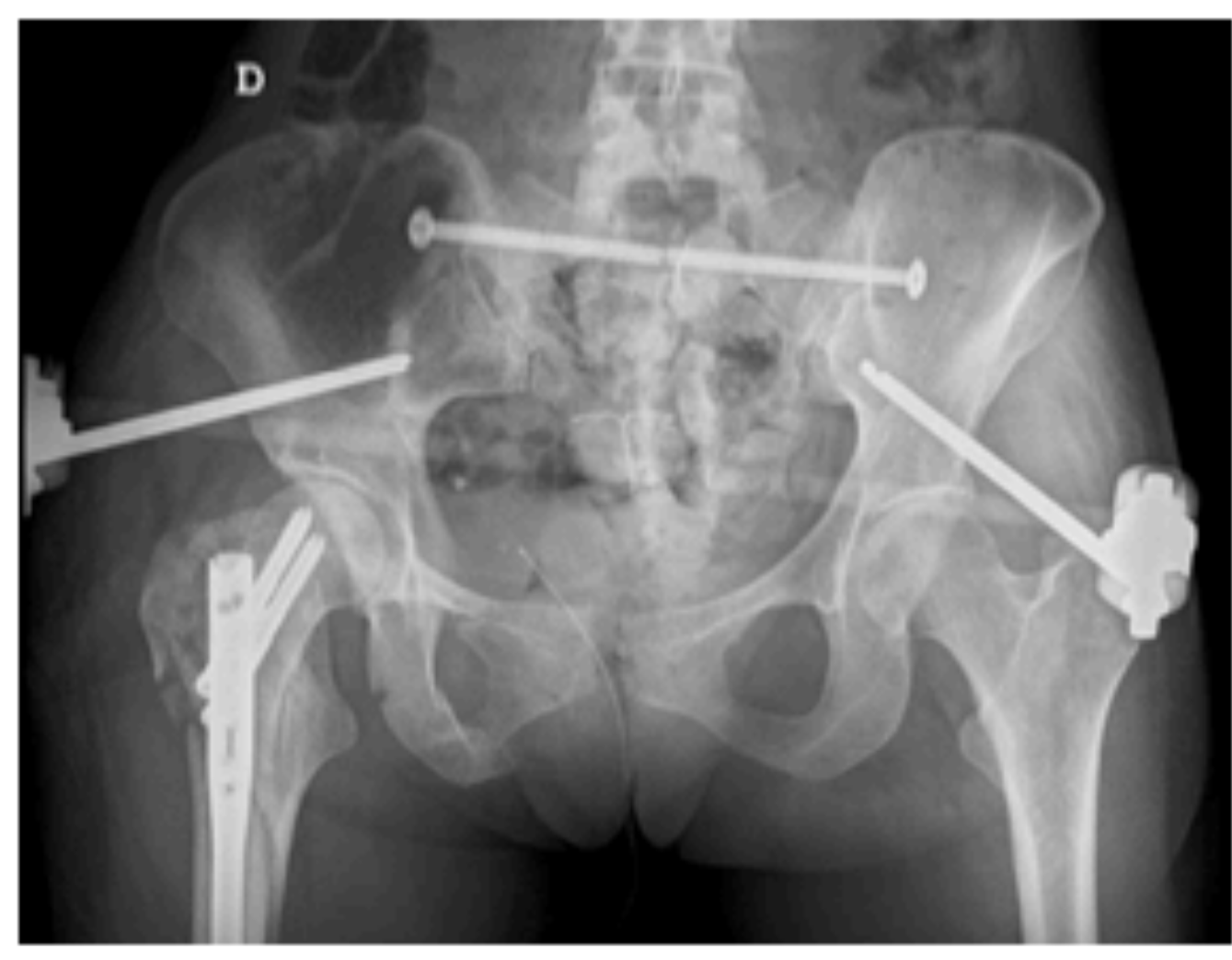
### OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es la revisión de las opciones de manejo inicial y tratamiento definitivo a través de un caso de una paciente politraumatizada con una fractura de Galeazzi abierta conminuta y con pérdida de sustancia ósea.

### MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 46 años, deportista y sin antecedentes de interés. Precipitada desde un rocódromo. Ingresa en UCI con diagnósticos: laceración hepática, hernia diafragmática con herniación a tórax de asas intestinales, fractura de pelvis inestable, fractura subtrocantérea de fémur, fractura conminuta de olécranon, fractura de húmero proximal, fractura de quinto metacarpiano y **fractura abierta de radio distal con extensa contaminación, pérdida de sustancia ósea y conminución metafisaria asociada a luxación dorsal de cúbito distal**.

Intervenida de **urgencia**: FE pelvis, EEM fémur derecho y reducción+ **desbridamiento + FE muñeca derecha**.



Tras 1 semana se realiza **intervención definitiva**: reducción abierta y fijación interna de la fractura de olécranon y **osteosíntesis** de la muñeca con **placa** de bloqueo volar larga + **injerto alogénico** de vértebra tallada procedente de banco de tejidos a nivel del defecto metafisario + **reconstrucción** de las lesiones capsuloligamentosas dorsales de la **ARCD** mediante anclaje tras comprobación de inestabilidad al sintetizar el radio.

### RESULTADOS

Al realizar reconstrucción de la ARCD se inmovilizó durante 6 semanas con bloqueo de la pronosupinación. En las radiografías de control se aprecia consolidación de la fractura con adecuada integración y remodelación a nivel de región de injerto óseo.



A los 4 meses, ya no se aprecian diferencias significativas en cuanto a rango de movilidad respecto a la muñeca contralateral tanto en flexoextensión como pronosupinación y no se aprecia inestabilidad a nivel de la ARCD. La fuerza de puño es del 85-90% respecto a la mano contralateral. La paciente se muestra muy satisfecha con el resultado obtenido, sin dolor ni limitación para reincorporarse a su actividad diaria y laboral previa.



Fractura-luxación de Galeazzi tipo I de Raskin (< 7,5 cm de superficie articular), compleja (interposición de ECU). Inestabilidad ARCD. Abierta grado IIA. Conminución y pérdida ósea metafisaria. Trazo articular.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el manejo de las fracturas abiertas el **grado de contaminación** es el **principal factor pronóstico**, de manera que la **antibioterapia** y el **desbridamiento precoz** cobran vital importancia. Existen múltiples estudios que preconizan la **fijación interna primaria** en el tratamiento de las fracturas de antebrazo abiertas aún en presencia de heridas con extensa contaminación, siempre y cuando se traten precozmente y se realice un desbridamiento exhaustivo.

El objetivo del tratamiento de las lesiones de Galeazzi consiste en restaurar la congruencia y estabilidad de la articulación radiocubital distal. Por ello, tras una **correcta reducción anatómica del radio**, en **caso de inestabilidad de la ARCD**, ésta debe **reconstruirse de forma aguda si es posible**. En nuestro caso, se decidió realizar una fijación externa debido al alto grado de contaminación y a la inestabilidad clínica de la paciente. Tras comprobar la buena evolución de las lesiones de partes blandas se pudo realizar síntesis definitiva, momento en el que se realizó también reconstrucción con anclaje de la ARCD, recuperando así la estabilidad articular. Las opciones quirúrgicas en esta situación incluyen reconstrucción mediante sutura o anclaje de la ARC asociada o no de protección temporal con agujas, reparación del CFCT (abierto, mini-open o artroscópico), o un fijador externo estabilizador. Hay pocos estudios para guiar cuál de estas técnicas obtiene los mejores resultados, y cada una de ellas ha reportado éxito en pequeñas series de casos.

El uso de **injerto óseo** **no es imprescindible** para la consolidación biológica de este tipo de fracturas. Sin embargo, en ciertos casos puede aportar un soporte estructural que facilite la correcta reducción. Ante defectos grandes (>6 cm) se recomienda el uso de injerto vascularizado, pero para defectos menores de 6 cm no existe consenso acerca del mejor sustitutivo. Dentro de las distintas alternativas, el injerto de hueso **autólogo** es considerado el **gold estándar** (osteogénico, osteoinductor y osteoconductor). En nuestro caso justificamos el uso injerto de banco en la necesidad de soporte estructural, además de evitar morbilidad de la zona donante (pérdida ósea metafisaria de gran tamaño).

Pese a todo esto, no existe un algoritmo terapéutico para el manejo de este tipo de fracturas complejas, por lo que debemos individualizar el tratamiento y adaptarlo a las características de cada caso.

