

Fractura Bifocal de Clavícula

Cuando 2 fracturas Ortopédicas transforman a un hueso en Quirúrgico

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Autores: A. Suárez, S. Domínguez, R.B. Jiménez, M. Santana, J.M. Rivero

Objetivos: Describir opción terapéutica, técnica quirúrgica y resultados ante una síntesis de fractura bifocal de clavícula.

Material y metodología

EA: Mujer de 67 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol, sufre caída por las escaleras con impotencia funcional del hombro derecho y dolor a nivel torácico.

EF: Dolor en hombro derecho con inestabilidad, crepitación y deformidad a nivel clavicular.

PC: En la serie radiológica se aprecia fractura 1/3 lateral de clavícula izquierda asociada a fractura de 1/3 medial, aproximadamente 2 cm de ambos extremos y con aparente integridad de ligamentos Conoide y Trapezoide (FIG 1).

lqx: placa anatómica preconformada medial con tornillos bloqueados, tras ello y tras comprobar la integridad de ligamentos córaco y acromioclaviculares se decide estabilizar la fractura lateral con 1 aguja de K transacromial e intraclavicular percutánea comprobando una adecuada reducción bajo fluoroescopia (FIG 2)..



FIG 1: Imagen preoperatoria. Fractura bifocal de clavícula derecha

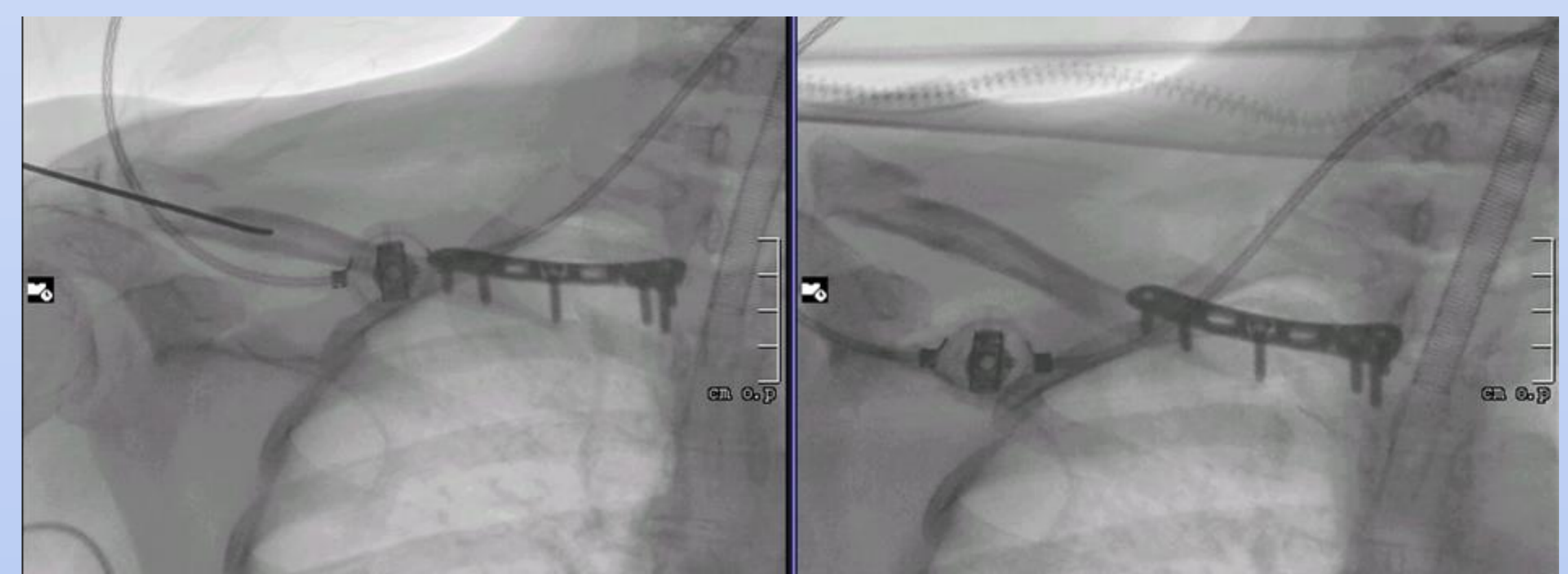


FIG 2: Escopias intraoperatorias. Placa Bloqueada medial + Aguja de K lateral



FIG3: Resultado tras EMO de aguja de K a las 4 semanas.

Resultados

Tras 24 horas el paciente es dado de alta con seguimiento en consultas externas, permitiendo flexo-extensión de codo y ejercicios pendulares de hombro sin carga. Tras 4 semanas se retira aguja de K (FIG 3) iniciando rehabilitación. A los 10 meses la fractura se encuentra consolidada sin dolor a nivel de los focos de fractura y acompañada de un rango de movilidad que le permite realizar sus actividades de la vida diaria.

Conclusiones

Las fracturas de tercio lateral y medial claviculares sin desplazamiento y con integridad de ligamentos estabilizadores suelen responder adecuadamente a un tratamiento ortopédico, sobre todo en aquellos pacientes fuera de edad laboral. Sin embargo, la asociación de ambos tipos de fracturas hace necesario el tratamiento quirúrgico de las mismas. Es de gran utilidad la estabilización temporal percutánea con agujas del fragmento lateral, siendo más respetuoso con las partes blandas y evitando en gran parte de los casos la posterior retirada de la placa por molestias.

Ropars M, Thomazeau H, Hutten D. Clavicle fractures. Orthop Traumatol Surg Res. 2017 Feb;103(15):S53-S59. doi: 10.1016/j.otsr.2016.11.007. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28043849.

Asadollahi S, Bucknill A. Acute medial clavicle fracture in adults: a systematic review of demographics, clinical features and treatment outcomes in 220 patients. J Orthop Traumatol. 2019 Jun 28;20(1):24. doi: 10.1186/s10195-019-0533-3. PMID: 31254115; PMCID: PMC6598891.

Vannabouathong C, Chiu J, Patel R, Sreeraman S, Mohamed E, Bhandari M, Koval K, McKee MD. An evaluation of treatment options for medial, midshaft, and distal clavicle fractures: a systematic review and meta-analysis. JSES Int. 2020 May 4;4(2):256-271. doi: 10.1016/j.jseint.2020.01.010. PMID: 32490412; PMCID: PMC7256900.