

# Fractura de apófisis coracoides asociada a luxación AC; tratamiento quirúrgico con éxito.

Beatriz Merino Gallardo , José Luis Álvarez Campillo, Julio Rafael Borges Guerra  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

## OBJETIVO

Las fracturas de la apófisis coracoides corresponden al 7 % del total de la fracturas de escápula, que a su vez constituyen el 1% del total de las fracturas y suelen ser el resultado de traumatismo directo de alta energía. La asociación con luxación acromioclavicular es muy infrecuente.

Radiológicamente puede pasar fácilmente desapercibida, por lo que ante su sospecha clínica se recomiendan proyecciones axilares y oblicuas además de la clásica anteroposterior seguidas de realización de tomografía computerizada para valorar el alcance de la lesión.

## METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una paciente que presentó fractura de apófisis coracoides asociada a luxación AC tipo III de Rockwood. Se trata de una mujer de 23 años que sufre un accidente de automóvil con TCE grave.

La fractura de coracoides se clasificó como Ogawa tipo I (proximal a los ligamentos coracoclaviculares) y Eyres tipo IV.

Debido a la inestabilidad del complejo suspensorio superior del húmero (SCCC) se decidió tratamiento quirúrgico. Realizamos un abordaje deltopectoral con fijación mediante tornillos canulados a la coracoides y agujas Kirschner en clavícula.



## RESULTADOS

Nuestra paciente presentó consolidación ósea y balance articular completo sin dolor a los 6 meses de la intervención, siendo retiradas las dos agujas a posteriori por intolerancia.

## CONCLUSIONES

Las fracturas de la apófisis coracoides son relativamente raras y las pautas de manejo actuales siguen sin estar claras.

Se prefiere el tratamiento conservador para las fracturas que están mínimamente desplazadas e incluso pueden usarse con éxito en fracturas desplazadas más cerca de la punta de la coracoides (Eyres I, II y III).

La fijación quirúrgica está indicada para las fracturas coracoides asociadas con un SSSC inestable, extensión desplazada hacia el cuerpo de la escápula o la fosa glenoidea, o la progresión hacia una pseudoartrosis.



C O N G R E S O

SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA