

FRACTURA DIAFISARIA DE HÚMERO EN EDAD PEDIÁTRICA: ¿TRATAMIENTO ORTOPÉDICO O QUIRÚRGICO?

Hoyos Perales I; Ramos Pérez MJ; Montilla García Z.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital SAS Jerez de la Frontera (Cádiz)

INTRODUCCIÓN. Históricamente, las fracturas de húmero se han asociado a un alto índice de pseudoartrosis. La elección de un método conservador o quirúrgico dependerá de factores como el tipo de fractura, la afectación nerviosa y de partes blandas, la edad y la colaboración del paciente. Todos estos aspectos deben ser considerados de forma conjunta.

OBJETIVO. A continuación, presentamos un caso clínico perteneciente a un joven varón obeso con fractura diafisaria de húmero

MÉTODOS. Varón de 14 años que acude al Servicio de Urgencias acompañado de su padre refiriendo dolor en el brazo izquierdo.

AP: Síndrome de Asperger, dermatitis atópica, obesidad infantil.

El paciente fue valorado hace 24 días en un hospital cercano, siendo diagnosticado de fractura diafisaria de húmero e inmovilizándose con férula braquial como tratamiento.

La lesión se produjo tras caerse de una bicicleta, sufriendo impacto directo sobre el codo izquierdo.

Se decide retirar la inmovilización. El paciente presenta importante dolor, deformidad, tumefacción e impotencia funcional. No presenta déficit neurovascular distal.

Rx: fractura diafisaria oblicua con angulación importante (40° aproximadamente) de tercio medio de húmero con inicio de callo de fractura

Se decide intervenir quirúrgicamente mediante enclavado endomedular con agujas de Kirschner y posterior inmovilización con férula braquiopalmar

RESULTADOS. Se vuelve a evaluar al paciente en 3 semanas en Consultas. Se decide retirar férula y se recomienda comenzar con ejercicios de rehabilitación progresivos.

A los 90 días de la intervención se decide retirar el material de enclavado, con sucesivos controles.



Rx pre y post-qx



Rx 3
semanas
post-qx



Rxs 4 meses
post-qx



CONCLUSIONES: La mayoría de las fracturas de húmero pueden tratarse mediante procedimientos conservadores, pues es un segmento óseo no sometido a cargas que pueden tolerar sin problemas la consolidación viciosa. Sin embargo, la no aceptación por parte de los pacientes de periodos de inmovilización prolongados, las dificultades para mantener la reducción (en especial en pacientes obesos), la necesidad de reincorporarse a su actividad habitual lo antes posible, junto con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, han convertido al tratamiento quirúrgico en el método de elección.

BIBLIOGRAFÍA

Morgan EF, Mason ZD, Chien KB, Pfeiffer AJ, Barnes GL, Einhorn TA, et al. Micro-computed tomography assessment of fracture healing: relationships among callus structure, composition and mechanical function. Bone. 2009;44:335-44.

Cox G, Einhorn TA, Tzioupz C, Gianmoudid PV. Bone-turnover markers in fracture healing. J Bone Joint Surg Br. 2010;92:329-34.