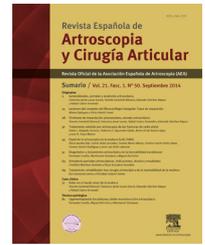




Revista Española de
Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Artículo de revisión

Fracturas de clavícula distal



José Luis Ávila Lafuente*, Santos Moros Marco, Oscar Jacobo Edo,
Cristina García-Polín López, Carmen García Rodríguez
y Teresa del Olmo Hernández

Unidad de Miembro Superior, Servicio de Traumatología, Hospital MAZ, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2015

Aceptado el 20 de junio de 2015

Palabras clave:

Clavícula distal

Fracturas

Tratamiento quirúrgico

Artroscopia

Hombro

R E S U M E N

Las fracturas de clavícula constituyen el 4% del total de las fracturas del adulto. Solo el 18% se localizan en el tercio lateral. Es muy importante para la estabilidad de la lesión la localización del trazo de la fractura y su relación con la integridad de los ligamentos coracoclaviculares. Habitualmente son lesiones banales que solo precisan tratamiento conservador. Las fracturas desplazadas que presumiblemente no van a consolidar adecuadamente precisan cirugía. Para ello, el uso de placas atornilladas y ocasionalmente agujas y cerclaje es la norma. Se han desarrollado placas específicas, como la placa en gancho, mejorando los resultados. Las posibilidades artroscópicas son escasas y técnicamente se basan en las usadas en la luxación acromioclavicular.

© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fractures of the distal clavicle

A B S T R A C T

Fractures of the clavicle account for 4% of adult fractures. About 18% of them are located in the lateral end of the clavicle. The location, relationship with coraco-clavicular ligaments and pattern of injury are of considerable importance in stability of the fracture. For the most part, they have been treated conservatively. Surgical treatment is necessary in displaced fractures. It is usually managed with plating and Kirschner wires with tension-band wires. Specific plates were engineered, such as the hook-plate, improving the results. Arthroscopic assisted treatment is rare and based on acromioclavicular dislocation procedures.

© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Distal clavicle

Fractures

Surgical treatment

Arthroscopy

Shoulder

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlavila@maz.es (J.L. Ávila Lafuente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2015.06.012>

2386-3129/© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En general, los mismos mecanismos ya descritos en la génesis de las luxaciones acromioclaviculares (AC) pueden ocasionar fracturas del tercio distal o lateral de la clavícula, si bien son los traumatismos directos y los de alta energía los más frecuentemente responsables. Aunque las fracturas de clavícula distal son habitualmente banales y el tratamiento es conservador mediante inmovilización y posterior recuperación funcional tras la consolidación ósea, en determinados casos es precisa la cirugía, que además no está exenta de dificultad técnica y complicaciones¹.

Las fracturas de clavícula constituyen el 4% del total de las fracturas del adulto y abarcan el 35% de las lesiones de la cintura escapular. Solo el 18% de las fracturas de clavícula se localizan en el tercio lateral².

Clasificación

Hay varias clasificaciones descritas para las fracturas de clavícula. Según la clasificación clásica de Allman³, las fracturas de clavícula del grupo II son las que afectan al tercio lateral. Es trascendental para la estabilidad de la lesión y determinar la necesidad o no de cirugía conocer el tipo y la localización del trazo de la fractura y, sobre todo, la relación con la anatomía del área clavicular. Concretamente, la afectación de la integridad y funcionalidad de los ligamentos coracoclaviculares (CC) tras la fractura y las repercusiones que esta afectación ligamentosa pueda tener para cada uno de los extremos de la fractura. El segmento medial se desplazará craneal y posteriormente por efecto de la tracción de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio, frente al desplazamiento inferior y medial del segmento lateral por el efecto del peso de la extremidad y la rotación de la escápula⁴.

En este monográfico hay disponible una revisión reciente sobre la anatomía del área AC, pero se debe recordar de manera somera que los ligamentos CC son 2: conoide y trapezoide. El ligamento trapezoide es posterior con respecto al conoide, y su inserción en la apófisis coracoides es la mitad de ancha que la inserción en el borde inferior de la clavícula, dándole la forma trapezoidal que lo define. La inserción clavicular del ligamento trapezoide es más ancha y se extiende lateral y medialmente a la del conoide, dado que este último es más estrecho. El ligamento conoide se localiza anterior, tiene dirección vertical y es el más importante biomecánicamente.

La clasificación descrita por Neer⁵ define las fracturas distales de clavícula como aquellas que se localizan laterales a la inserción más medial en clavícula del ligamento trapezoide y las subdivide en 3 tipos (fig. 1). El tipo I son fracturas no desplazadas, con los ligamentos CC intactos, que estabilizan el fragmento medial. Son fracturas estables con buen pronóstico. El tipo II son fracturas desplazadas en las que el fragmento medial asciende y aumenta el riesgo de pseudoartrosis. Suelen requerir tratamiento quirúrgico. Este tipo II se divide, a su vez, en 2 subtipos: IIa cuando la fractura es medial a ambos ligamentos CC y IIb cuando la fractura es lateral pero asocia rotura del ligamento conoide⁶. Por último, las tipo III son fracturas intraarticulares con afectación de la articulación AC, atravesándola o asociando luxación. Estos casos pueden ser quirúrgicos también. De hecho, si el fragmento distal es pequeño y genera dolor se puede practicar su exéresis quirúrgica abierta o artroscópica, con resultados favorables¹.

Diagnóstico

La sospecha clínica aparece tras un traumatismo. El paciente presenta dolor en el área AC, inflamación y equimosis, así como impotencia funcional y, ocasionalmente, asimetría,

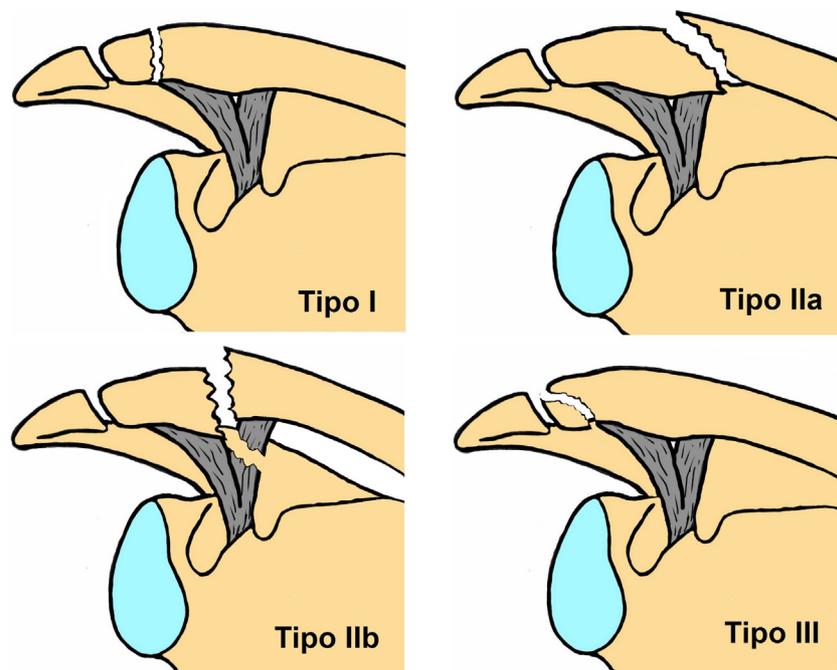


Figura 1 – Esquema de la clasificación de Neer de las fracturas distales de clavícula.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306016>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306016>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)