

FRACTURAS COMPLEJAS DE LA ESCÁPULA: INDICACIONES Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dra. Raquel Samaniego Alonso
Dr. Jordi Ardèvol Cuesta
Hospital ASEPEYO Sant Cugat

INTRODUCCIÓN

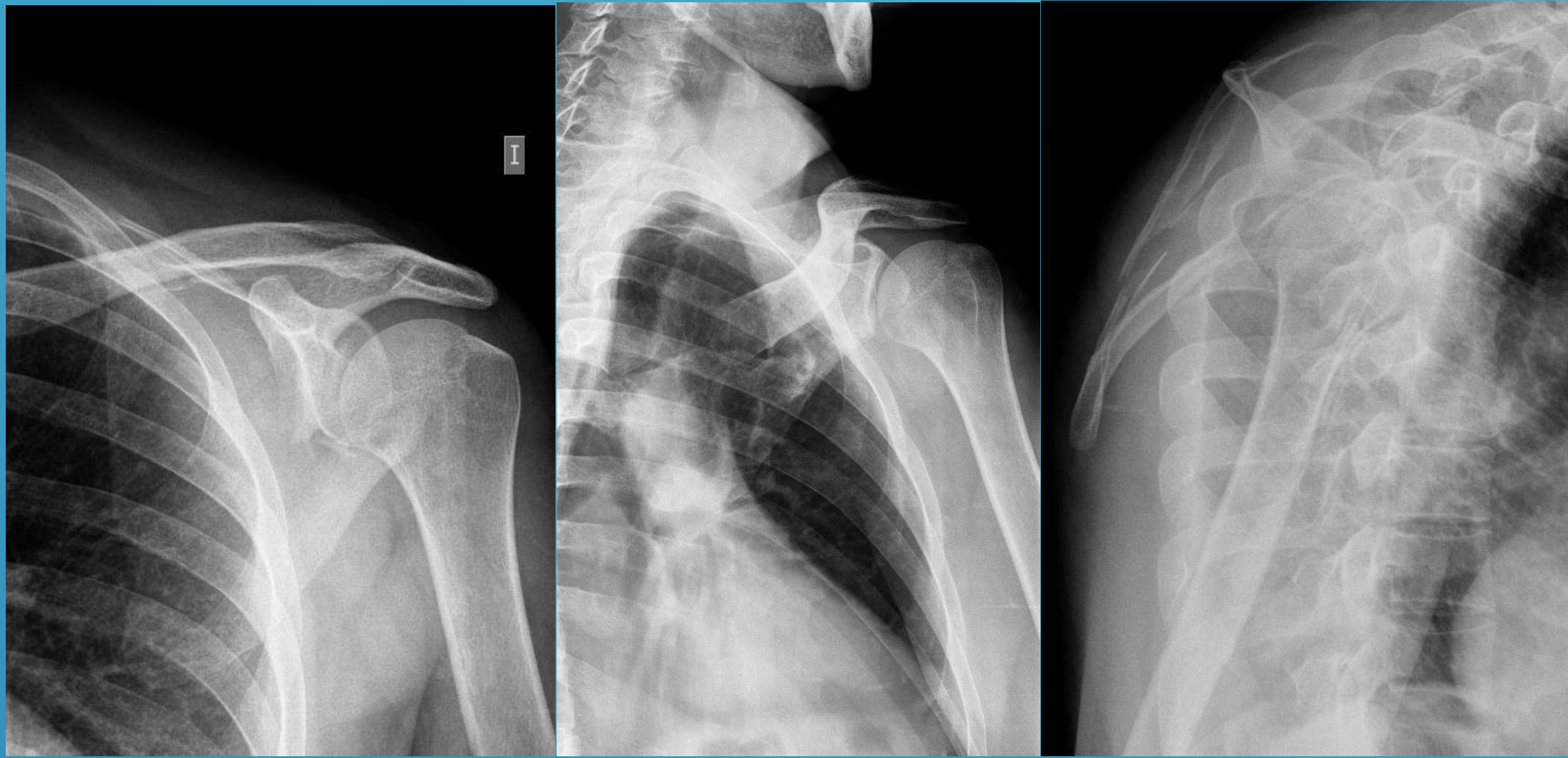
Las fracturas de la escápula son lesiones poco frecuentes, causadas en la mayoría de los casos por un traumatismo de alta energía. Con frecuencia se asocian a otras lesiones óseas o de estructuras adyacentes. Representan el 1% de todas las fracturas y el 5% de las fracturas de la cintura escapular. En su mayoría son tratadas de forma conservadora. La cirugía de reducción abierta y la fijación interna se reserva para fracturas articulares desplazadas, fracturas no articulares inestables o casos de luxación grave, con el objetivo de evitar resultados funcionales desfavorables o dolor crónico.

OBJETIVOS

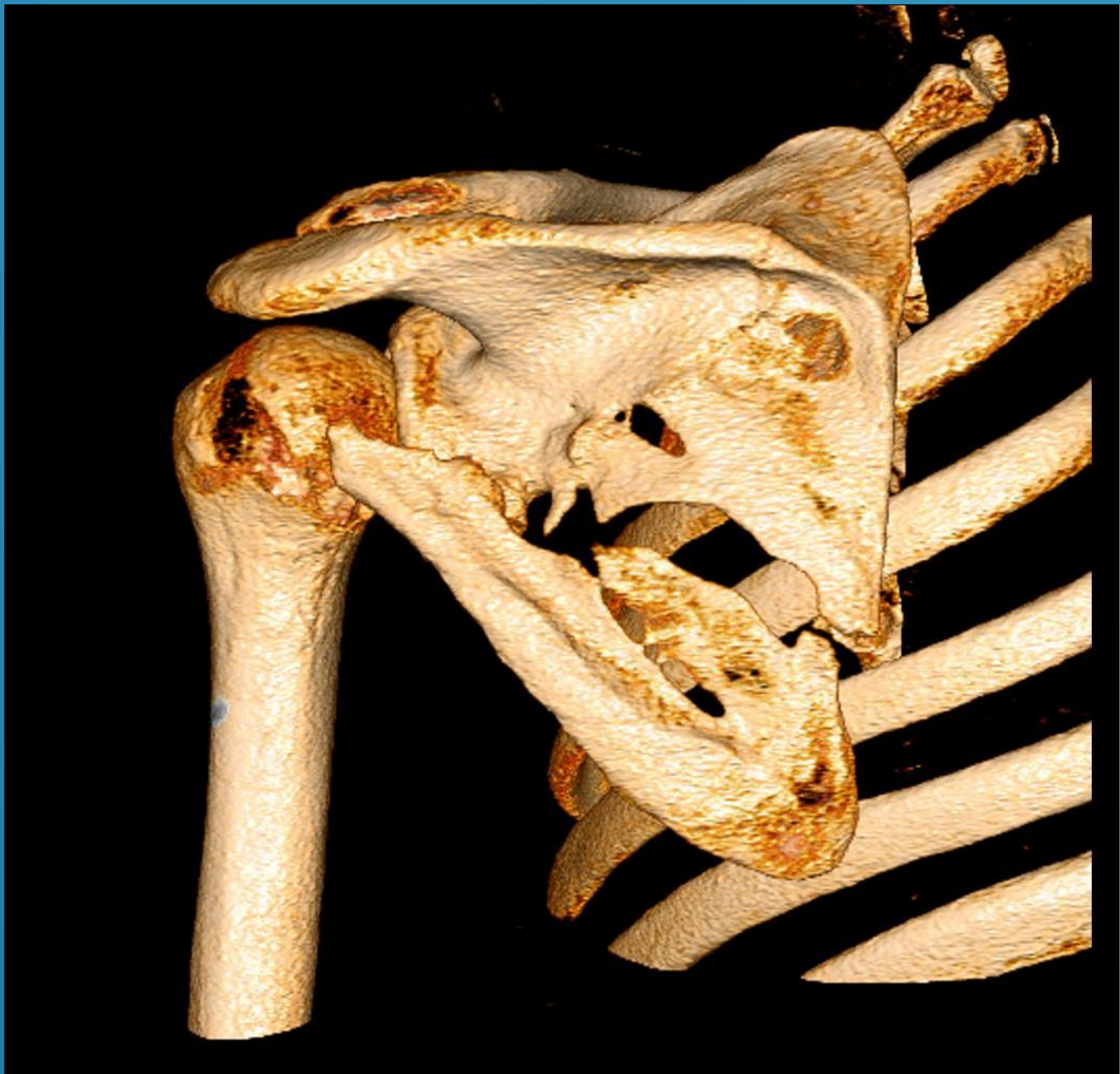
El objetivo de este póster es revisar la indicación y técnica quirúrgica de las fracturas complejas de escápula a través de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

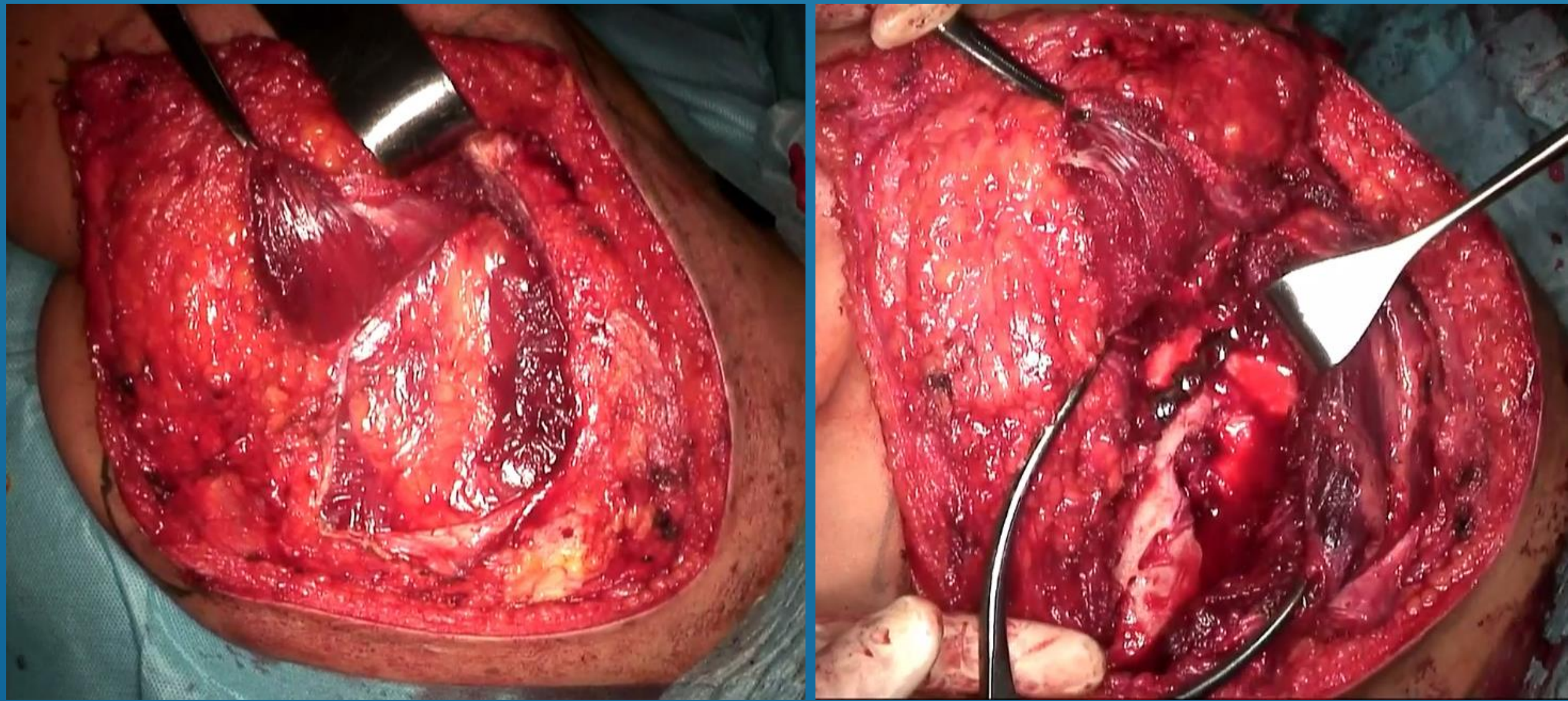
Hombre de 47 años, ingresó por urgencias en julio de 2017 con una fractura multifragmentaria del cuerpo de la escápula izquierda tras precipitación de 1,5 m de altura. Se trató de manera conservadora mediante inmovilización con un cabestrillo.



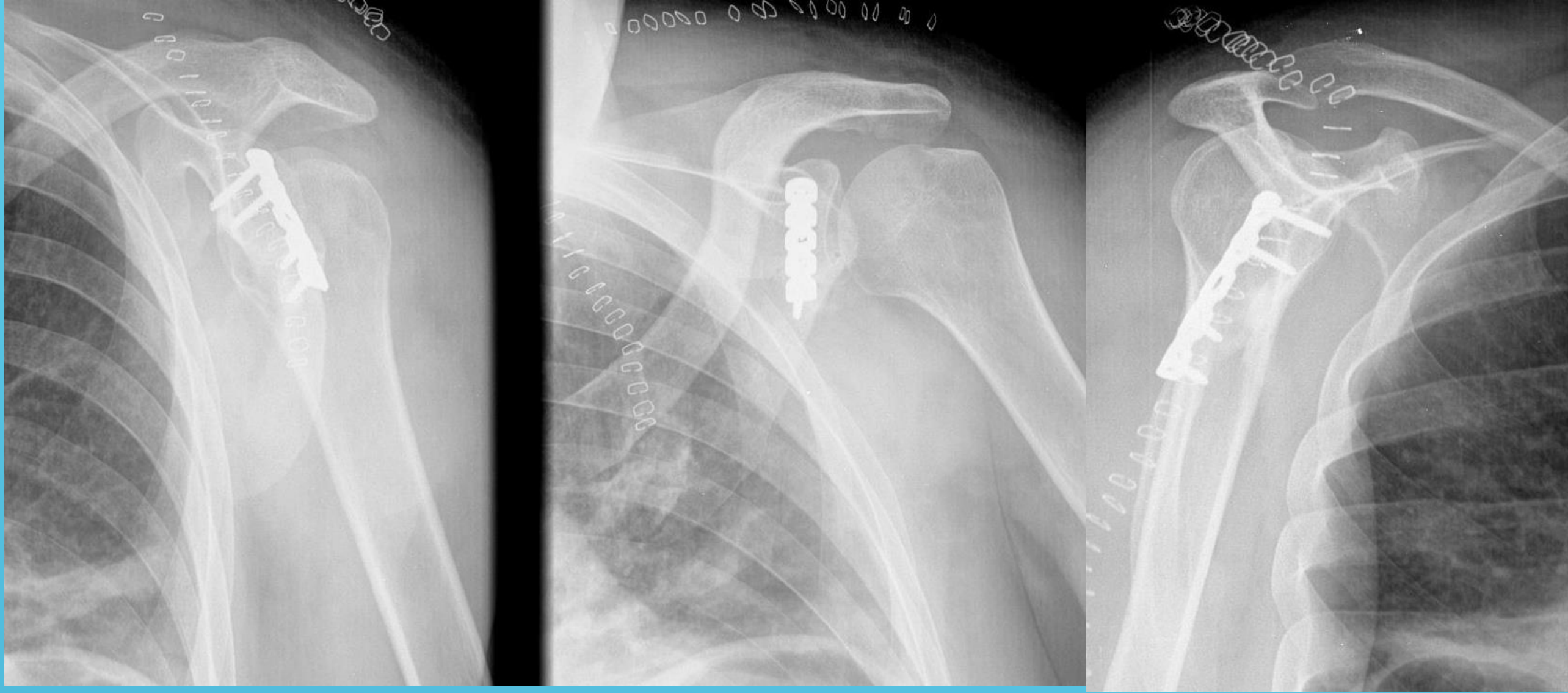
Durante el seguimiento se objetivó desplazamiento anterolateral progresivo del cuerpo escapular inferior, afectación del músculo infraespinoso y deformidad asociada a dolor e impotencia funcional. A la EF presentaba flexión 70°, abducción 70°, RE mano-frente y RI mano-nalga.



Se decidió realizar en enero de 2018 reducción abierta mediante abordaje de Judet y osteosíntesis con placa de reconstrucción.



MATERIAL Y MÉTODOS

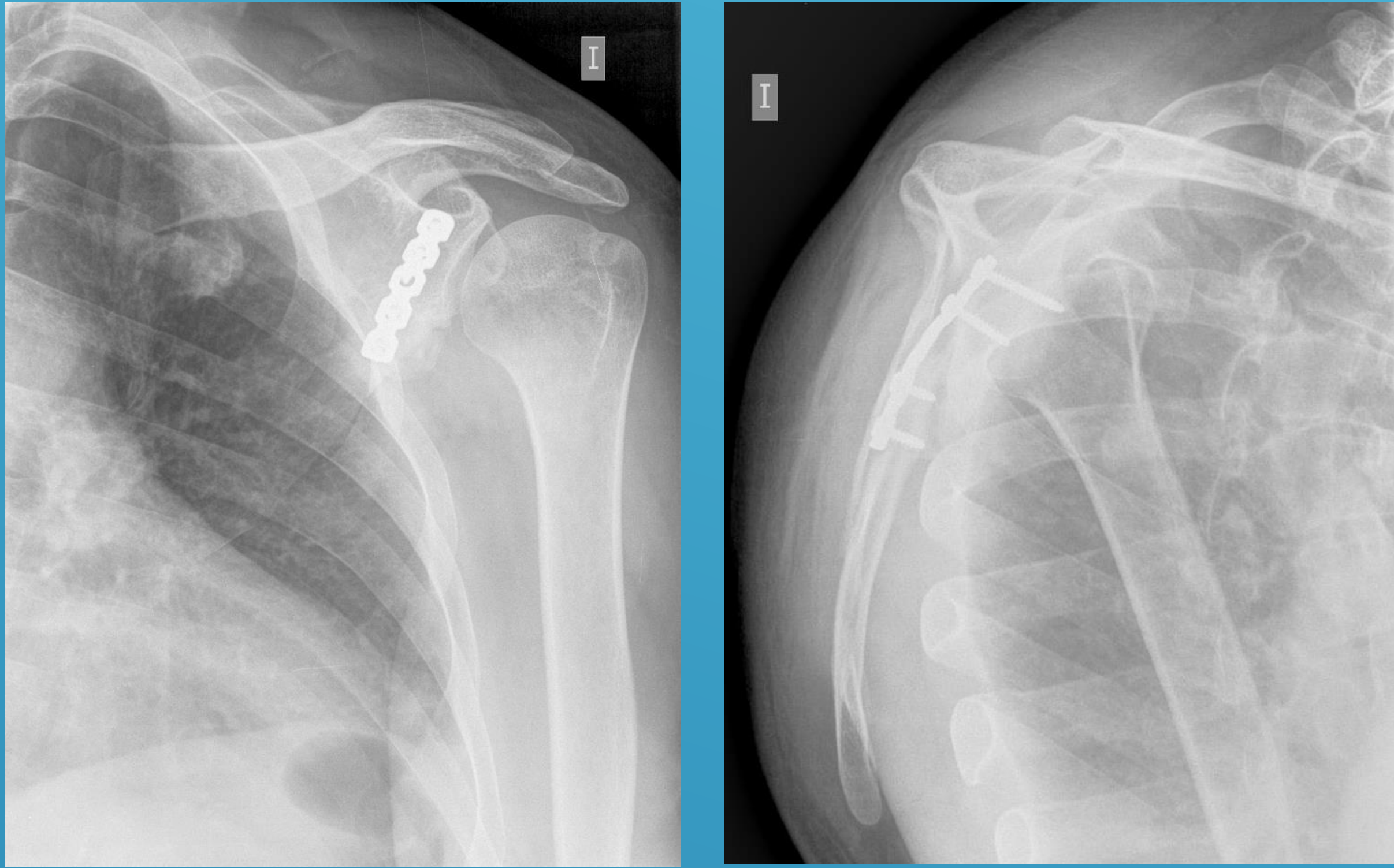


Pauta de rehabilitación:

- Inmovilización con cabestrillo durante 6 semanas, con inicio de movilización pasiva estricta a las 3 semanas.
- 3 semanas de movilización activa progresiva.
- Inicio de movilización activa contra-resistencia a las 12 semanas.

RESULTADOS

Durante el período postoperatorio inmediato, se desarrolló un hematoma en la región escapular que afectaba partes blandas; el cual se drenó mediante punción guiada por ecografía, sin complicaciones. Durante el periodo de seguimiento se objetivó una neurotmesis de la rama infraespinosa del nervio subescapular. En la última EMG se evidencia recuperación nerviosa progresiva. Actualmente, el paciente está en rehabilitación y sigue una evolución correcta con el siguiente balance articular: flexión 110°, abducción 120°, RE 40° y RI libre.



CONCLUSIONES

Este tipo de lesión se observa principalmente en un contexto politraumático como un accidente de tráfico, por lo que existe el riesgo de pasar desapercibido inicialmente. En la mayoría de los casos, el tratamiento no quirúrgico conduce a buenos resultados. En el caso de fracturas desplazadas, la cirugía con abordaje posterior representa un enfoque válido y fiable, capaz de garantizar una recuperación funcional temprana, aunque sigue siendo un procedimiento complejo y no exento de riesgos. Por esta razón, es necesaria una evaluación cuidadosa de los casos a tratar, que debe ser confiada a equipos quirúrgicos con experiencia específica, y una correcta planificación del programa rehabilitador, siempre controlado y progresivo.

BIBLIOGRAFÍA

Ada JR. Scapular Fractures. Analysis of 113 cases. Clin Orthop. Aug 1991; (269): 174-80

Cole PA, Gauger EM, Herrera DA, Anavian J, Tarkin IS. Radiographic follow-up of 84 operatively treated scapula neck and body fractures. Injury. 2012;43(3):327-33.

Cole PA, Gauger EM, Schroder LK. Management of scapular fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(3):130-41

Gross TP. The scapula: coracoid, acromial, and avulsion fractures. Am J Orthop. 1996;25:106-115

Harvey E, Audigé L, Herscovici D Jr, Agel J, Madsen JE, Babst R, Nork S, Kellam J. Development and validation of the New International classification for scapula fractures J Orthop Trauma. 2012 Jun;26(6):364-9

Herrera DA, Anavian J, Tarkin IS, Armitage BA, Schroder LK, Cole PA. Delayed operative management of fractures of the scapula. J Bone Jt Surg Br. 2009;91(5):619-26

Ideberg et al. Epidemiology of scapular fractures. Incidence and classification of 338 fractures. Acta Orthop Scand 1995;64(5):395-7

Jones CB, Cornelius JP, Sielsma DL, Ringler JR, Endres TJ. Modified Judet approach and minimifragment fixation of scapular body and glenoid neck fractures. J Orthop Trauma. 2009;23(8):558-64.

Judet R. Surgical treatment of scapular fractures. Acta Orthop Belgica. 1964;30:673-8

Labronici PJ, Santos Filho FCD, Reis TB, Pires RES, Junior AFM, Kojima KE. Are diaphyseal clavicular fractures still treated traditionally in a non-surgical way? Revis Bras Orthop. 2017;52(4):410-6

Lapner et al Scapula Fractures. Orthop Clin N Am 2008; 39:459-74

Marsh JL, Slongo TF, Agel J, Broderick JS. Fracture and dislocation classification compendium - 2007: Orthopaedic Trauma Association classification, database and outcomes committee Orthop Trauma. 2007 Nov-Dec;21(110 Suppl):S1-135

Neuhaus et al. Scapula Fractures: Interobserver Reliability of Classification and Treatment. J. Orthop Trauma. 2014 Mar; 28(3): 124-129

OTA. Fracture and dislocation compendium. Orthopaedic Trauma Association Committee for coding and classification. J Orthop Trauma. 1996; 10:154

Peter A, Cole, Md et al. Management of Scapular fractures. J Am Acad Orthop Surg 2012;20:130-141

Schroder LK, Gauger EM, Gilbertson JA, Cole PA. Functional outcomes after operative management of extra-articular glenoid neck and scapular body fractures. J Bone Jt Surg Am. 2016;98(19):1623-30



55 CONGRESO
secot