

“EPIFISIOLISIS HÚMERO PROXIMAL CON GRAN DESPLAZAMIENTO. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO”

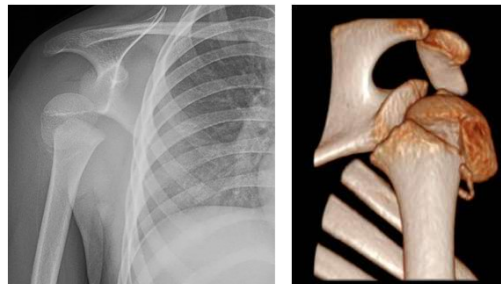
Moreno Arroyo A, Montero Páez B, Moreno Camacho M.

**Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de la Merced.
Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).**

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de húmero proximal constituyen menos del 1% de todas las fracturas infantiles, pudiendo estar localizadas en el cartílago de crecimiento o, más distalmente, en la región metafisaria.

En los neonatos el diagnóstico es difícil (irritabilidad, pseudoparálisis), necesitando un alto índice de sospecha. Los niños mayores presentan deformidad evidente y brazo en rotación interna. En casos de desplazamiento importante es aconsejable un TC para la planificación del tratamiento.

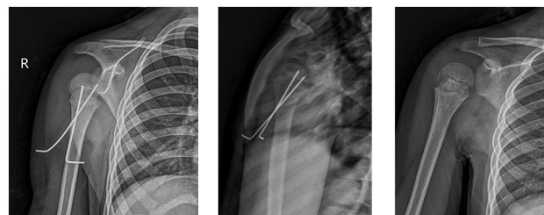


OBJETIVOS:

Presentar el tratamiento y evolución con abundante iconografía de un paciente de 6 años que tras caída de un columpio sobre la mano con codo en hiperextensión sufre epifisiolisis húmero proximal derecho con gran desplazamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras analizar TC donde se observa epifisiolisis tipo II con gran desplazamiento anterolateral de la cabeza humeral se decide intervención quirúrgica. Bajo anestesia general se procede a reducción cerrada mediante tracción longitudinal, rotación externa y abducción de húmero y a fijación con dos agujas de kirschner de 1.5mm a través de miniabordaje en región distal a la inserción del deltoides. Tras el correcto control escópico se procede a inmovilización con cabestrillo.



RESULTADOS

A las 6 semanas tras comprobar en radiografía la consolidación de la fractura se procede a la extracción de las agujas bajo sedación. El niño comienza con movilizaciones progresivas de hombro y en la revisión de los cuatro meses presenta balance articular completo con correcta consolidación en la radiología. En controles posteriores no se observan dismetrías de miembros superiores ni otras complicaciones.

DISCUSIÓN:

Es fundamental conocer el desarrollo de la epífisis humeral y su anatomía para la correcta interpretación de las radiografías. La estrategia de tratamiento de estas fracturas se rige por el gran potencial de remodelación del húmero proximal, lo que a menudo permite el manejo conservador sin reducción.

En las fracturas más desplazadas, tipos III y IV, el tratamiento más adecuado es la reducción bajo anestesia general e inmovilización, siendo necesario la fijación con agujas de Kirschner en casos de mucha inestabilidad y/o desplazamiento. En caso de que la reducción cerrada resulte imposible se debe proceder a la reducción abierta.

Dentro de las complicaciones destacan el cierre fisario prematuro que puede conllevar acortamiento (esta fisis supone aproximadamente el 80% del crecimiento humeral) y/o deformidad angular –húmero varo sobre todo- y el posible atrapamiento del tendón de la porción larga del bíceps. El húmero varo no suele tener repercusiones funcionales, pero ocasionalmente puede generar un síndrome de compresión subacromial siendo necesario una osteotomía de corrección.

BIBLIOGRAFÍA:

- El-Adl WA, Elgohary HS, Elshennawy MM. Epiphyseal separation of the proximal humerus after birth trauma. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014 Aug;24(6):863-7.
- Dalldorf PG, Bryan WJ. Displaced Salter-Harris type I injury in a gymnast. A slipped capital humeral epiphysis? Orthop Rev. 1994 Jun;23(6):538-41.
- Fiala O, Mihula A, Dědek T, Grmela M, Zahorák K, Ulybin B. Our experience with management of epiphyseolysis in children and adolescents. Sb Ved Pr Lek Fak Karlovy Univerzity Hradec Kralove Suppl. 1992;35(5):427-44.