

Fractura de extremo distal de clavícula: cuando a veces es mejor no intervenir.

MARÍA SAINZ VALIOS, ÓSCAR TORRE PÉREZ, ROBERTO MON FIDALGO, PAULA PLASENCIA HURTADO DE MENDOZA, JOSE LUIS AGUILAR HERRERA

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del tercio distal de la clavícula, causadas por traumatismos directos del hombro, se clasifican según Neer en cinco tipos según localización, desplazamiento y afectación ligamentosa. Mientras que las fracturas estables (I, III, IV) se manejan conservadoramente, las inestables (IIa, IIb, V), fracturas abiertas, lesiones neurovasculares, hombros flotantes y pseudoartrosis requieren tratamiento quirúrgico. Este trabajo presenta a un paciente con fractura IIB de extremo distal de clavícula y el manejo quirúrgico utilizado para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el manejo de estas fracturas revisando artículos originales, revisiones sistemáticas y casos clínicos. Además, se analizaron registros clínicos de un paciente con una fractura tipo IIB a través de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, registros hospitalarios y consultas ambulatorias

RESULTADOS

Se presenta un paciente de 29 años con antecedentes de trastorno del desarrollo, parcialmente dependiente e institucionalizado en residencia que acudió a Urgencias tras caída desde un columpio, diagnosticándose de fractura de tercio distal de clavícula (IIB) (Imagen 1).

Se optó por realizar cirugía mediante RAFI utilizando un sistema MINAR (Imagen 2).

Una semana después, se observó fracaso de osteosíntesis con desplazamiento de la fractura, atribuido a la dificultad del paciente para cumplir con el régimen de inmovilización (Imagen 3).

Se realizó un segundo intento de osteosíntesis con placa mediante sistema Acusinch (Imagen 4).

Días más tarde el paciente presentó nuevamente un fracaso de la fijación.

Se realizó una tercera intervención mediante EMO de la placa y reconstrucción ligamentosa utilizando aloinjerto de semitendinoso y fijación con agujas de Kirschner (Imagen 5).

No obstante, se observó un desplazamiento proximal de las AK durante el seguimiento que llevó a una cuarta intervención para su extracción y la decisión de no realizar más intervenciones (Imagen 6).

El paciente actualmente se encuentra en seguimiento con una evolución clínica y funcional favorable (Imagen 7).

Imagen 1

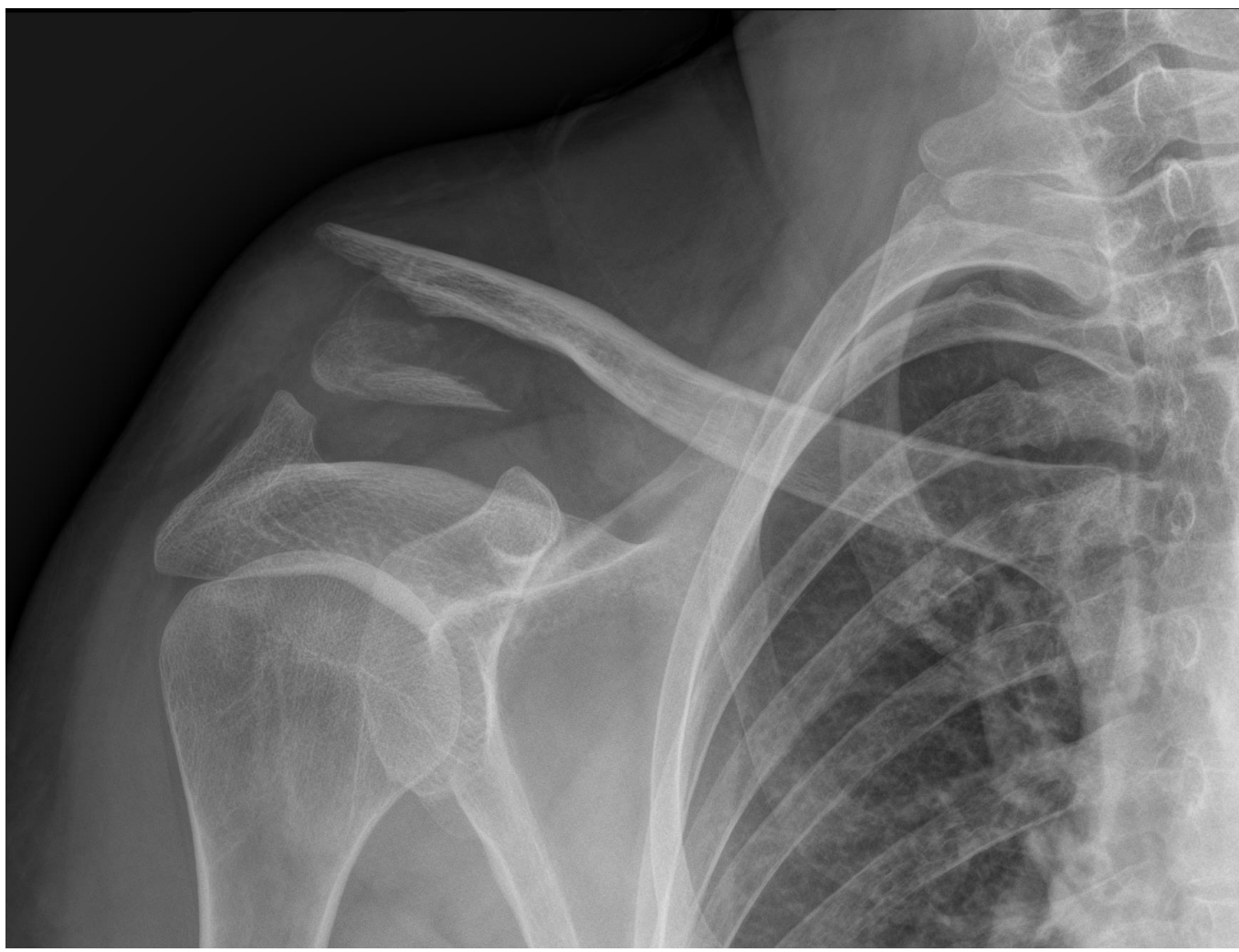


Imagen 2



Imagen 3

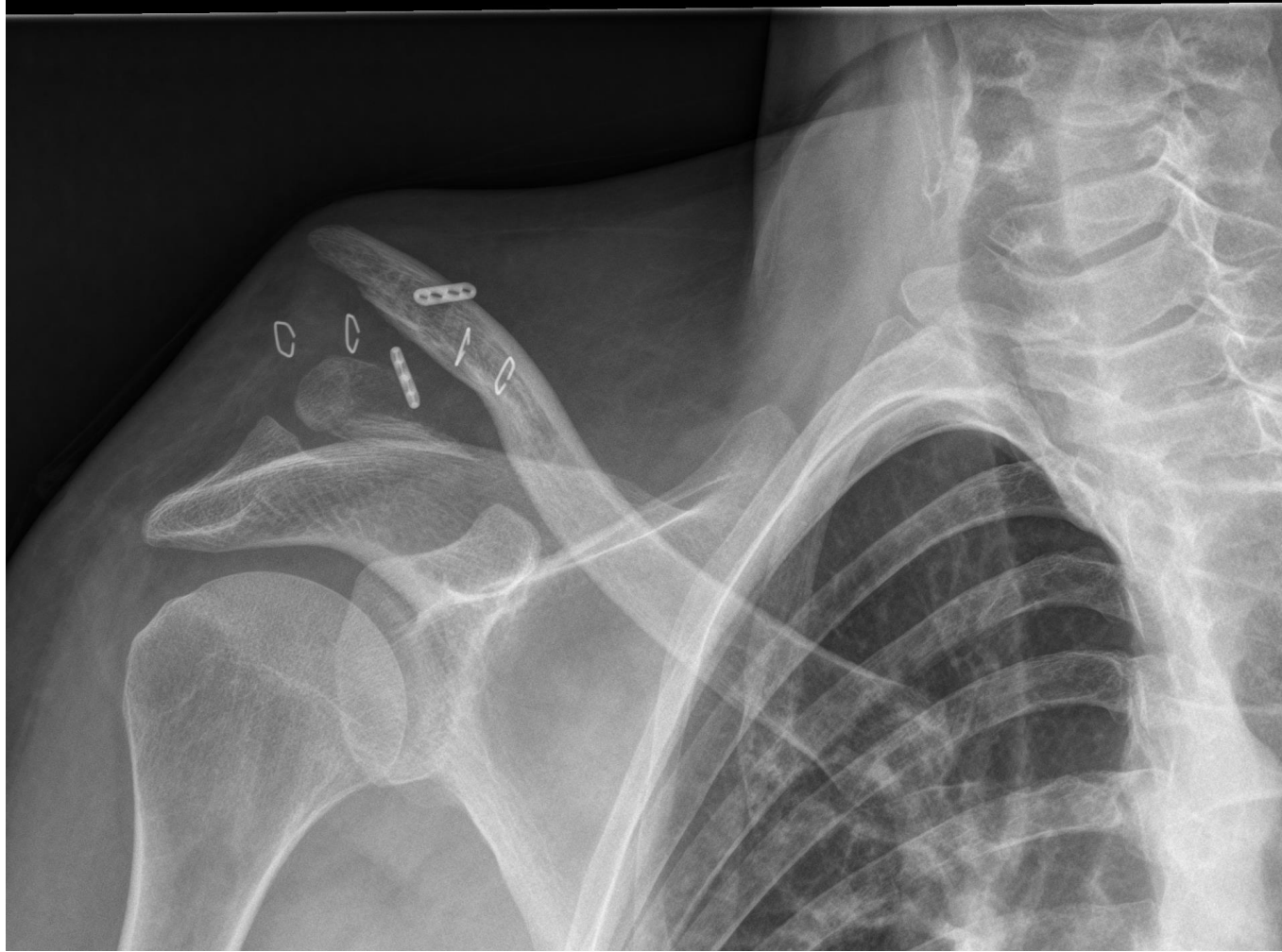


Imagen 4



Imagen 5

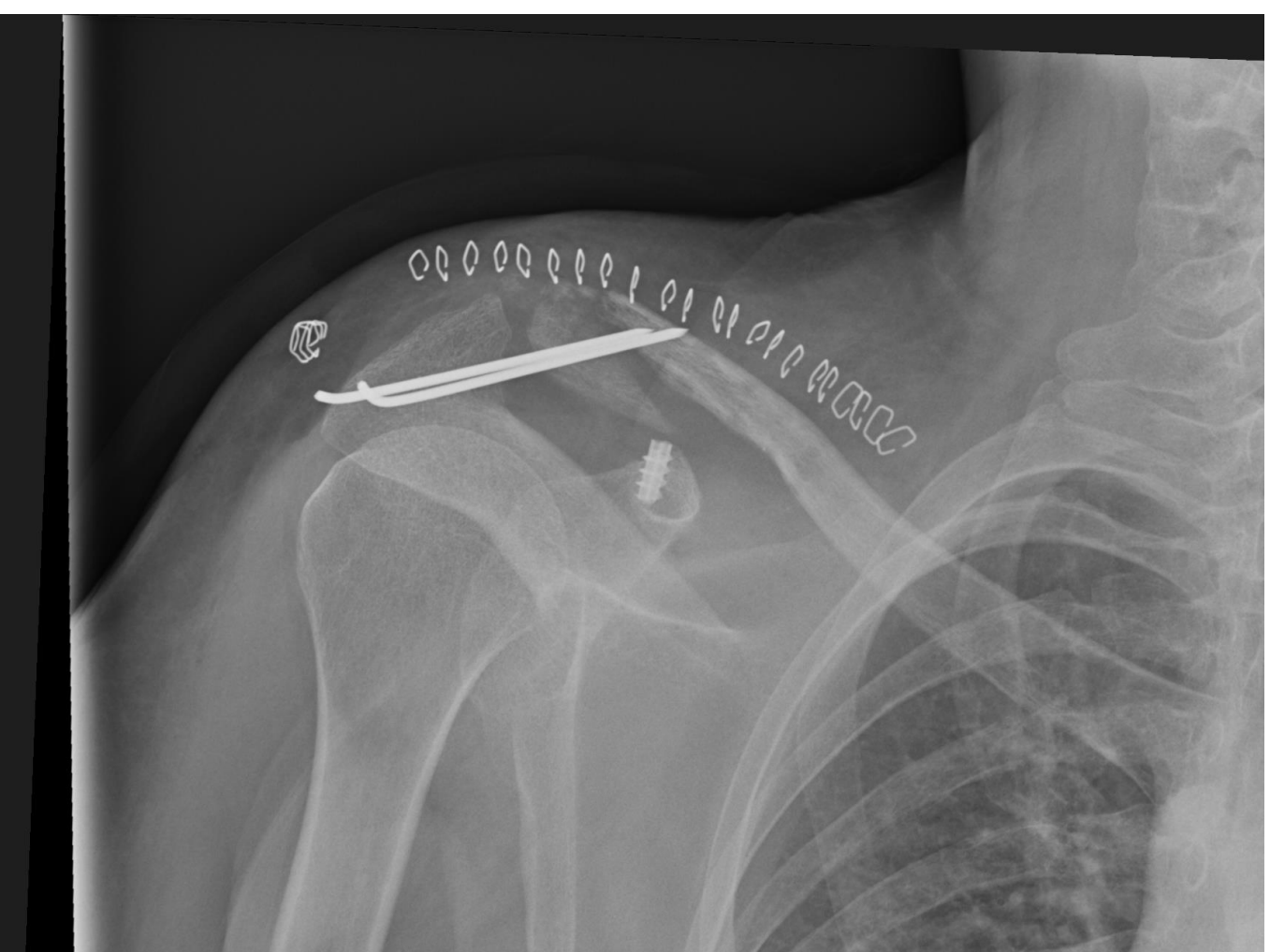


Imagen 6

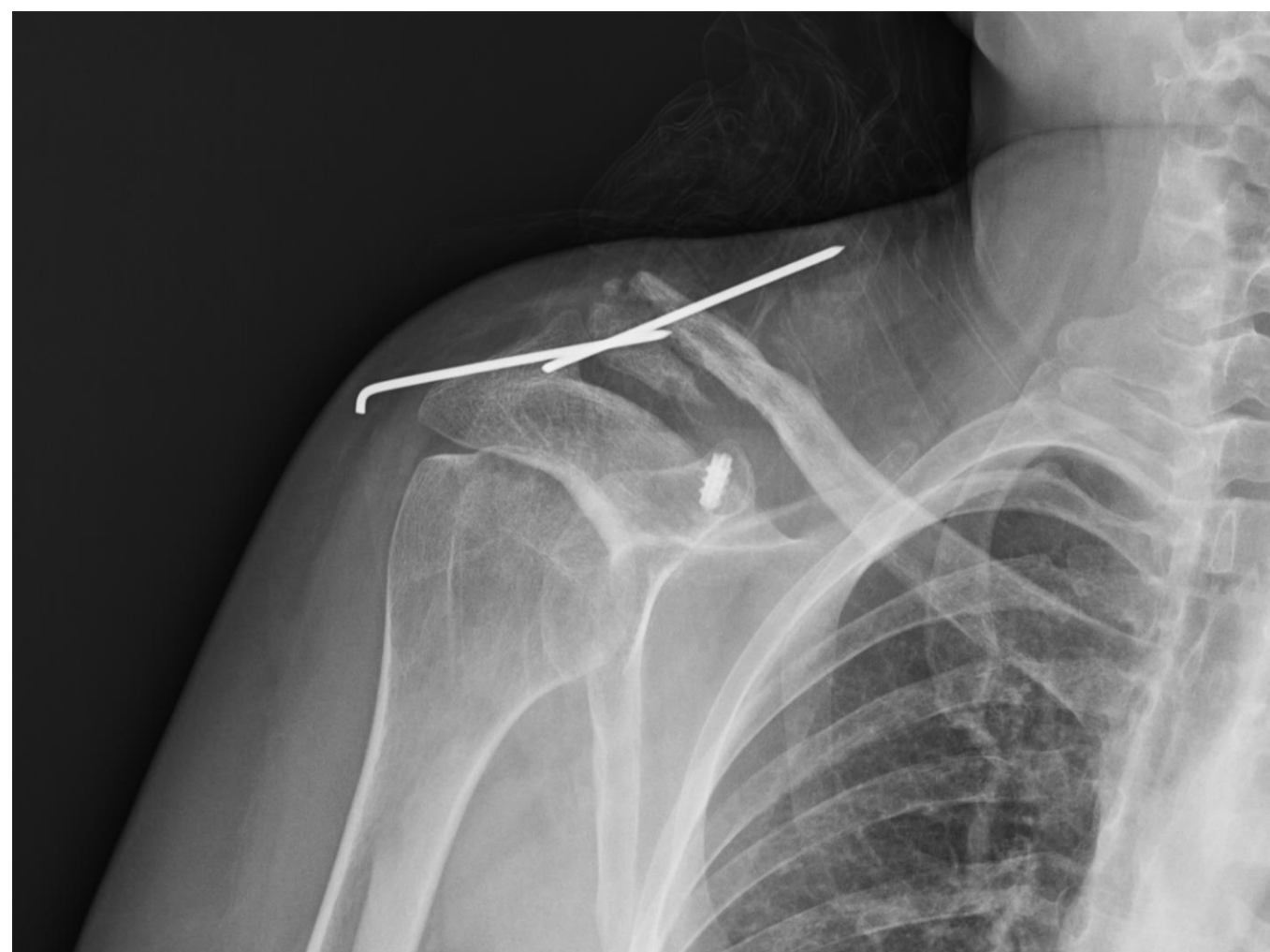


Imagen 7



CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de evaluar las indicaciones quirúrgicas para las fracturas distales de clavícula, individualizando para cada paciente. Es crítico ponderar el riesgo-beneficio del enfoque quirúrgico, especialmente en pacientes con condiciones preexistentes que pueden afectar su recuperación. A veces, puede ser prudente considerar opciones de tratamiento menos invasivas, priorizando la función y el bienestar a largo plazo del paciente.