

# Atrapamiento de flexores profundos como complicación inusual en fractura de antebrazo.

Junior Alexis Campoamor, Beatriz Moreno Oñate, Victor Loiza Cabello, Maria Angeles Benito Caparrós  
Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) Unidad de Mano y Miembro superior



## Objetivos

Describir un caso clínico de una complicación infrecuente en las fracturas de antebrazo, como es el atrapamiento de la musculatura flexora a nivel de foco de fractura.

## Material y métodos

Mujer de 9 años de edad sin antecedentes de interés traumatológico, sufre caída desde propia altura con resultado de fractura diafisaria de cúbito y radio izquierdo que se trata de manera ortopédica se inmoviliza con yeso braquial. A los dos meses acude derivado a Unidad de mano de nuestro centro de consulta de seguimiento de fracturas por déficit de extensión de cuarto y quinto dedo de mano izquierda. Los dedos mantienen la extensión tanto activa como pasiva y aumentan la flexión al flexionar la muñeca. No refiere dolor. No se objetiva clínica neurológica asociada. Ante la sospecha de atrapamiento flexor se solicita ecografía que confirma atrapamiento de flexor profundo de cuatro y quinto dedo de mano izquierda. Se indica tratamiento quirúrgico para exploración y liberación de la musculatura a nivel de foco de fractura mediante abordaje Henry limitado referenciando a. radial la cual es posible.



Fig. 1 Actitud en flexo de 4to y 5to dedo



Fig. 2 Abordaje radial proximal (referencia A radial)

## Discusión

A nivel intraquirúrgico se comprueba el cambio de actitud del cuarto y quinto dedo que alcanzan la extensión completa. Se revisa en dos semanas evidenciándose extensión completa de cuarto y quinto dedo sin pérdida de fuerza. No parestesias ni sintomatología neurológica asociada. Se indica mantener tratamiento rehabilitador.

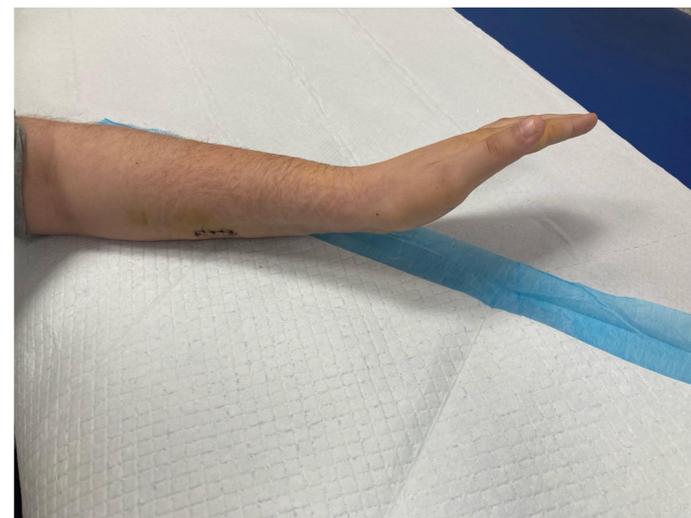


Fig. 3 Actitud 10 días postcirugía. Se observa extensión completa

## Conclusión

El atrapamiento de la musculatura flexora profunda, es un complicación infrecuente de las fracturas de antebrazo. La presentación suele ser posterior a la consolidación de la fractura. Durante la exploración clínica es importante descartar la presencia de compromiso neurológico y realizar diagnóstico diferencial con la contractura isquémica de Volkmann. El diagnóstico de imagen se realiza mediante US o RMN. El tratamiento de elección es la cirugía que suele tener buenos resultados.