

FRACTURA EN TERCIO DISTAL DE CLAVÍCULA EN EDAD PEDIÁTRICA.

Marta Fernández De Torres*, Noelia Alonso García**, Marta Juncal Barrio Velasco**, Jorge Moussallem González*, Sara Mesías De Concepción*.

** Médico adjunto COT. Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

*Médico residente COT. Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de clavícula son frecuentes en niños y adolescentes, aunque su localización en tercio distal es poco habitual. Debido a las características del hueso en comparación con el de los adultos, las opciones terapéuticas de las que disponemos son diferentes. Aunque el hueso inmaduro presenta elevado potencial de reparación, será importante prevenir deformidades residuales.

OBJETIVOS:

Revisión de herramientas y evidencia científica acerca de las opciones terapéuticas cuando nos encontremos ante una fractura del tercio externo de clavícula en población infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 12 años que tras caída sobre hombro izquierdo, acude por dolor, deformidad e impotencia funcional.

Exploración física: tumefacción, leve signo de la tecla, integridad cutánea, sin alteración vasculonerviosa (VN) distal.

Pruebas radiográficas: fractura de tercio distal de clavícula derecha con ascenso del fragmento proximal (tipo IV).

A las 48 horas se interviene quirúrgicamente, realizándose reducción abierta y fijación coracoclavicular con cinta de alta resistencia rodeando la coracoides y botón de titanio precontorneado (diseñado para la fijación acromioclavicular en adultos) en clavícula y sutura interfragmentaria con túneles transóseos.

Se inmoviliza con cabestrillo, permitiendo movilización de codo, muñeca y mano.

RESULTADOS:

Control en consultas: buena evolución, con inicio de callo en radiografías a los 30 días y movilidad activa hasta 90°. Alcanzando consolidación radiográfica y movilidad completas a los 3,5 meses sin dolor. Asintomático al alta.

DISCUSIÓN:

Las fracturas del tercio externo de clavícula en niños presentan una serie de peculiaridades desde el punto de vista anatómico respecto al adulto, ya que en hueso inmaduro las fracturas acontecen en fisis o metafisis, rompiendo el periostio y dejando los ligamentos coracoclaviculares (CC) intactos. El desplazamiento óseo suele producirse a través del periostio lesionado, pudiendo asemejar una luxación acromioclavicular (AC) en las radiografías.

Esto condiciona que las técnicas de fijación se asemejen a las empleadas habitualmente en el tratamiento de las luxaciones acromioclaviculares en el adulto, a pesar de que los ligamentos coracoclaviculares estén íntegros

Clasificación: La más usada la de Dameron y Rockwood: en este caso encontramos una tipo IV: similar al III con interposición del trapecio, siendo irreductible; en la radiografía veremos desplazamiento posterior de clavícula.

Aunque clásicamente estas fracturas se han tratado de manera conservadora, técnicas habituales como fijación con agujas se desaconseja por el riesgo de migración de las mismas.

Debido al mayor grosor del periostio y su papel en la contención del foco de fractura, es posible la utilización de un sistema de doble botón y sutura que irá anclado a coracoides y clavícula, manteniendo la reducción junto a los ligamentos CC sin lesionar y el remanente de periostio, desgarrado, que debe repararse y suturarse. La presencia de ligamentos CC lesionados implicará la necesidad de reparación de los mismos.

Este sistema debe utilizarse en las tres primeras semanas. Permite una reducción anatómica, no precisa de retirada de material y permite una rápida incorporación a la actividad.

CONCLUSIONES:

Clásicamente estas fracturas pasaban desapercibidas o se trataban de manera conservadora. Su tratamiento ha ido cambiando y continúa evolucionando a través de diferentes indicaciones y técnicas. Sigue habiendo poco consenso al respecto.

