

# INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL EN UN NIÑO POR ATRAPAMIENTO DE PARTES BLANDAS

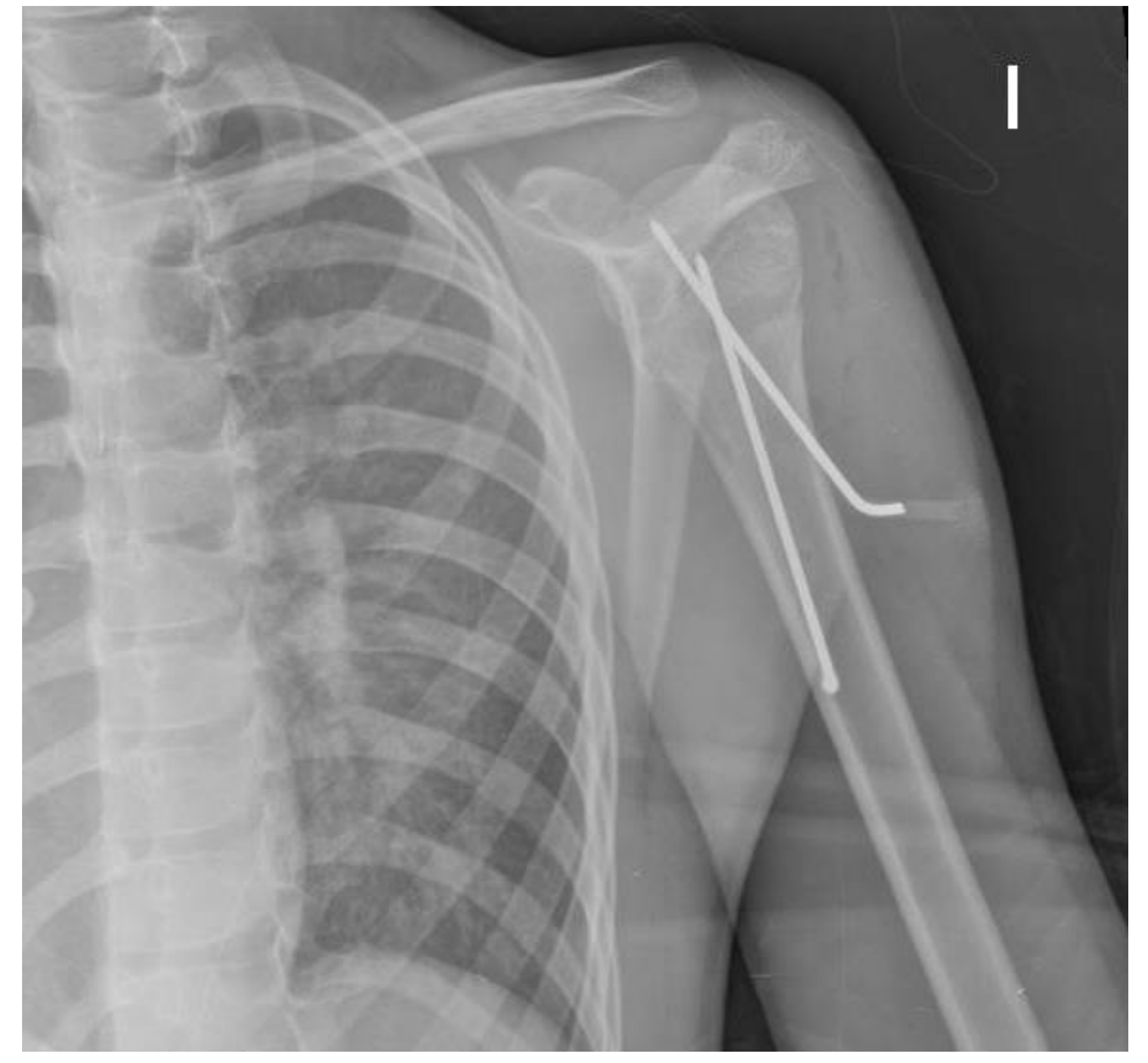
Miguel Quintanilla Arahuetes, Patricia Fernández Bernabé, Jaime Fernández-Mardomingo Gutiérrez, Marta Sánchez de León Corral, Alberto Núñez Medina.

## **OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de fractura metafisaria de húmero con atrapamiento de partes blandas en el foco de fractura.

## **MATERIAL Y METODOLOGÍA**

Presentamos a un paciente de 11 años que, tras un traumatismo en el hombro izquierdo, presenta una fractura metafisaria de húmero. A la exploración, se observa deformidad evidente e invaginación de la piel sobre el foco de fractura con exploración neurovascular normal. Debido al sufrimiento de partes blandas y la dificultad para su manipulación, se decide tratamiento quirúrgico urgente. En quirófano, se realiza reducción abierta de la fractura, extracción de la musculatura deltoides y periostio atrapados en el foco y fijación mediante dos agujas kirschner de 2 mm



## **RESULTADOS**

Tras permanecer 24 horas ingresado, es dado de alta inmovilizado con cabestrillo. A las 4 semanas y tras control radiológico donde se observa consolidación parcial satisfactoria, se retiran las agujas kirschner. A las 8 semanas, el paciente no presenta dolor, ha recuperado balance articular completo y las radiografías mostraban consolidación de la fractura por lo que es dado de alta

## **CONCLUSIONES**

Las fracturas de extremo proximal de húmero representan el 10% de las fracturas de húmero en la edad pediátrica. Debido a su gran capacidad de remodelación ósea, la mayoría de estas fracturas se tratan de forma conservadora, aceptándose angulaciones de hasta 40°-70° en niños de entre 5 y 12 años. En caso de requerir fijación interna el método más habitual consiste en reducción cerrada y fijación interna mediante agujas percutáneas. No obstante, un 10% de las fracturas que requieren tratamiento quirúrgico, van a necesitar reducción abierta debido a la interposición de partes blandas como el tendón largo del bíceps, periostio o deltoides. La lesión neurovascular asociada a estas fracturas es escasa pero debe tenerse en cuenta tanto en la primera exploración como tras la reducción. El método de fijación más utilizando sigue siendo las agujas percutáneas en comparación con placas, clavos intramedulares o tornillos canulados