

Fractura de tercio distal de clavícula en la infancia con atrapamiento del fragmento distal en musculo trapecio

J. Berrocal Agüera¹, A. Álvarez Garma¹, A. Pérez Lorenzo¹, A. Martínez Aragón¹, L. Pallé Martínez¹

¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria. S/C de Tenerife, Islas Canarias.

Introducción

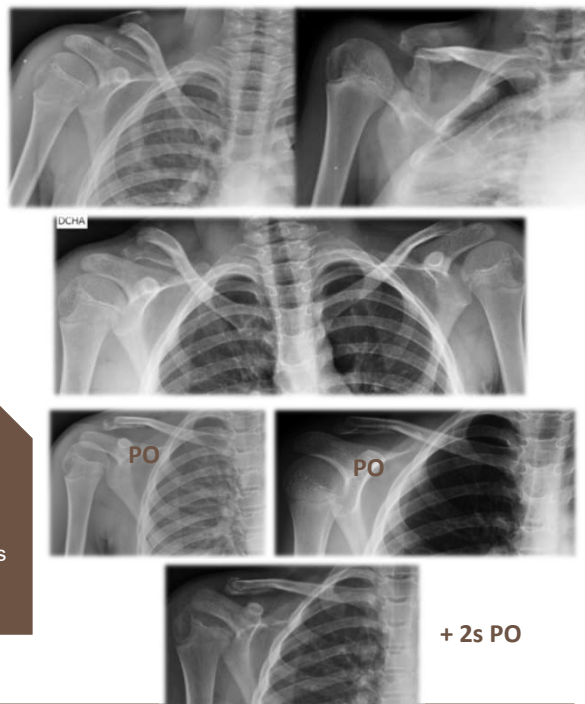
Las fracturas de clavícula son comunes y representan entre el 5% y el 10% de todas las fracturas pediátricas. Son esenciales dos proyecciones radiográficas (AP y AP con 45° de inclinación cefálica) para cualquier evaluación de fractura, y alguna proyección adicional, oblicua, para casos seleccionados. Las lesiones del extremo lateral de la clavícula representan aproximadamente el 10-20% de las fracturas de clavícula pediátricas. Suelen ser tipo 2 de Salter-Harris, pueden ser difícil de detectar y comúnmente se malinterpreta como luxaciones de la articulación acromioclavicular (AC). Las fracturas de clavícula a menudo se consideran benignas, especialmente en los grupos de edad pediátrica y adolescente. Sin embargo, el diagnóstico de una fractura de clavícula es importante ya que puede tener implicaciones en el retorno a actividades como el deporte en este grupo de edad. Además, la pseudoartrosis o la consolidación defectuosa pueden ocurrir como consecuencia de una inmovilización inicial inadecuada^{1,2,3,4}. La fusión de la epífisis distal no se completa hasta mediados de los años 20, las fracturas del extremo lateral en niños generalmente resultan en una separación fisaria de la clavícula distal, en lugar de una verdadera separación (AC). Un periostio grueso forma una funda protectora alrededor de la clavícula distal y el acromion y sirve como punto de unión para los ligamentos coracoclaviculares (CC). Debido a que el periostio es más débil que las uniones de los ligamentos, cuando ocurren fracturas, la clavícula se desplaza a través de una ruptura en el periostio en lugar de por desprendimiento de los ligamentos CC, pueden imitar la separación AC^{2,3,4}.

Objetivo

Realizar una revisión bibliográfica a propósito de un caso tratado en nuestro servicio, destacando la importancia del diagnóstico, tratamiento quirúrgico, y aportar una alternativa de fijación.

Material y método

Niño de 10 años remitido a nuestro hospital desde otro centro, con impresión diagnóstica de fractura luxación acromioclavicular derecha. Sin antecedentes médicos de interés y con cirugía previa de radio distal izquierdo en enero 2023. Sufrió accidente de bicicleta golpeándose sobre el hombro derecho. Presenta deformidad e inflamación en tercio distal de clavícula derecha, con excoriación coincidente con foco de fractura, sin herida abierta. Balance articular doloroso con limitación completa. Neurovascular distal conservado. Se realizan radiografías anteroposteriores, comparadas y zanca de clavícula. Siendo el diagnóstico fractura de tercio distal de clavícula derecha Tipo IV de Craig, con sufrimiento cutáneo.



Resultados

Mediante abordaje anterior de clavícula se llevó a cabo reducción abierta de la fractura, desimpactando el fragmento distal del musculo trapecio derecho, y fijación de la fractura con suturas óseas. Posteriormente se realizó sutura perióstica, con resultado satisfactorio en la escopia intraoperatoria.

El paciente fue dado de alta a las 24h. Posteriormente fue seguido en consulta hasta los 6 meses, donde fue dado de alta con consolidación de la fractura y recuperación completa del balance articular sin dolor a la movilidad ni en el foco de fractura.

Conclusión

Las lesiones que afectan a la clavícula distal en niños son clásicamente “pseudodislocaciones” de la articulación AC en las que la articulación y los ligamentos coracoclaviculares suelen estar intactos y la fractura afecta la fisis lateral de la clavícula con desplazamiento del hueso a través de una hendidura en el manguito perióstico. Por lo general, la verdadera luxación no ocurre porque la articulación AC está mantenida por el trapecio y los músculos deltoides^{2,3,4}. Dada la singularidad de este tipo de fractura, y en la edad que se ha presentado, es fundamental un adecuado diagnóstico para llevar a cabo el tratamiento correcto, para que el paciente obtenga un resultado funcional satisfactorio.

Bibliografía:

1. Al-Hilfi L, Mclean L, Radha S. Missed lateral end clavicle fracture in adolescent patients: The value of undertaking additional clavicle radiographic views. Radiol Case Rep [Internet]. 2023;18(1):402–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radcr.2022.10.041>
2. Kotb A, Yong T, Abdelgawad A. A posteriorly displaced distal metaphyseal clavicular fracture (type IV AC joint dislocation-like) in children: A case report and literature review study. Case Rep Orthop [Internet]. 2016;2016:1–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4015212>
3. Richards DP, Howard A. Distal clavicle fracture mimicking type IV acromioclavicular joint injury in the skeletally immature athlete. Clin J Sport Med [Internet]. 2001 [cited 2024 Aug 20];11(1):57. Available from: https://journals.lww.com/cjsportsmed/fulltext/2001/01000/distal_clavicle_fracture_mimicking_type_iv.10.aspx
4. Sandstrom CK, Gross JA, Kennedy SA. Distal clavicle fracture radiography and treatment: a pictorial essay. Emerg Radiol [Internet]. 2018;25(3):311–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10140-018-1586-y>