

Fractura-avulsión aislada de la tuberosidad menor del húmero

María Mancho Sagüés, Alez Etxezarreta, Iker Ayestarán Calero,
Ester Rodríguez García, Iñigo Martiarena Aguirreche, Fco Javier González-Arteaga

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN)



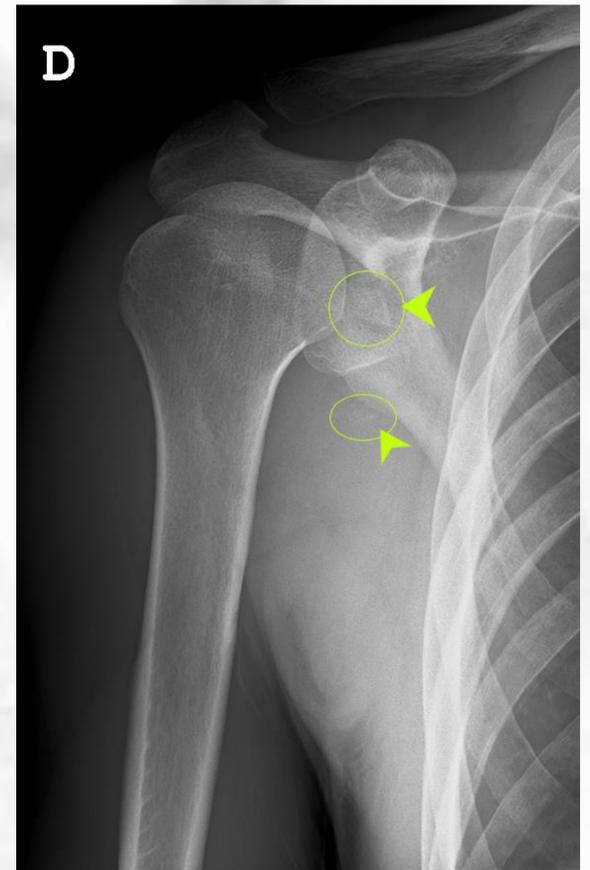
INTRODUCCIÓN

Exposición de un caso clínico de Fractura aislada de la tuberosidad menor del húmero con la finalidad de mostrar cuándo sospechar esta lesión, ya que su diagnóstico tardío conlleva discapacidad funcional e inestabilidad glenohumeral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 46 años, fisioterapeuta de profesión que sufre caída de bicicleta en contexto de accidente de tráfico, con traumatismo directo sobre hombro derecho. Es trasladado en ambulancia a urgencias de otro centro, objetivándose luxación de hombro derecho, realizándose reducción cerrada e inmovilización con cabestrillo.

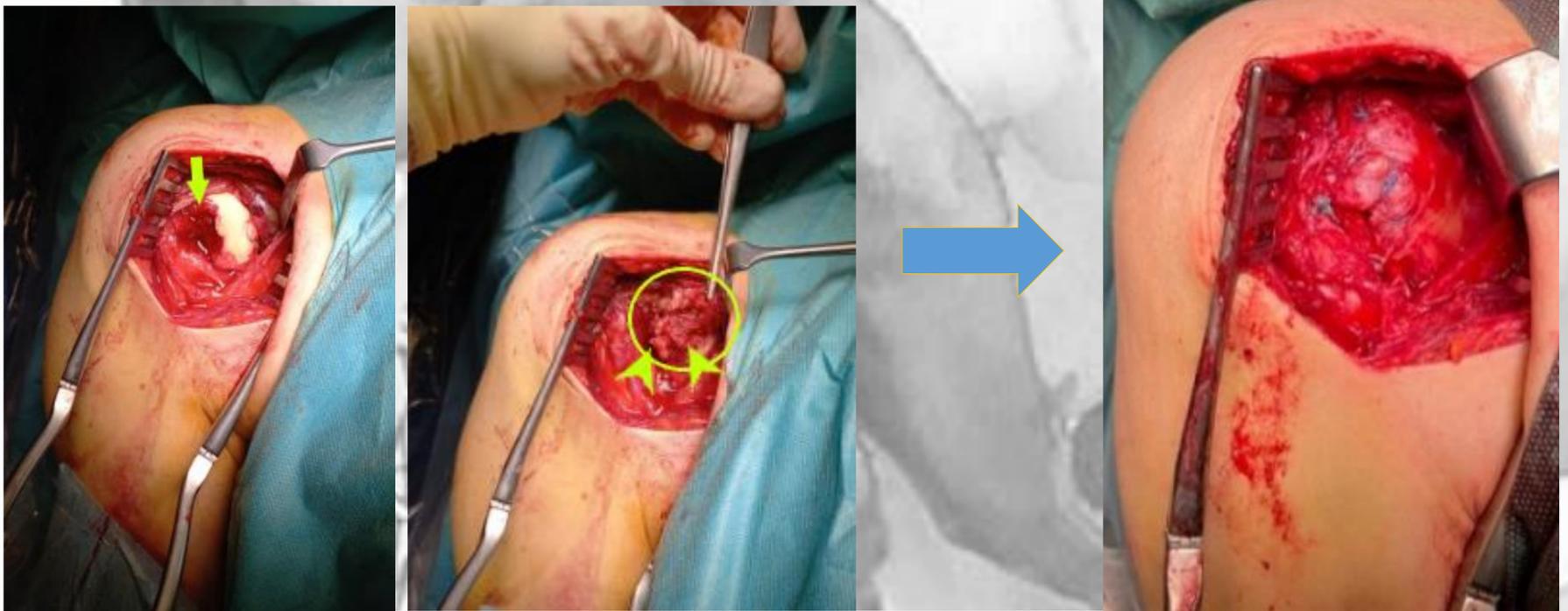
1 semana más tarde, ante persistencia de omalgia, el paciente decide realizarse RM en clínica privada. Es aquí cuando se evidencia Fractura desplazada de troquín derecho con desplazamiento medial, por lo que acude a nuestro centro. A la EF se evidencia hematoma en cara anteromedial del brazo, dolor elevado a la palpación de región medial y con las rotaciones del hombro. Destaca la incapacidad para la rotación interna de hombro activa, con maniobras específicas de subescapular positivas.



RESULTADOS

Se valoró el caso en sesión clínica y se abogó por tratamiento quirúrgico dada la combinación de lesión aguda + fractura desplazada + alta demanda funcional del paciente.

Como técnica, se optó por la técnica abierta mediante abordaje deltopectoral, con re inserción del subescapular y del troquín mediante sutura en doble hilera con implantes intraóseos.



CONCLUSIONES

La fractura-avulsión de la tuberosidad menor humeral es una entidad poco frecuente pero cuya demora diagnóstica puede entablar importantes secuelas. Se han descrito diferentes mecanismos de lesión, pero debe sobre todo sospecharse en varones de edad media que han sufrido un traumatismo de alta energía y/o luxación posterior. Lo más llamativo de la EF es la debilidad para la rotación interna debido a la insuficiencia del subescapular. La clave para el diagnóstico reside en combinar la sospecha clínica con la petición-revisión rigurosa de pruebas de imagen. No existe un tratamiento universalmente aceptado pero sí que existen recomendaciones sobre el tratamiento a seguir, basándonos en una combinación de las características de la fractura, del paciente y el tiempo de evolución.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA