

# Fractura compleja de ESCÁPULA asociada a fractura distal de CLAVÍCULA

Gumersindo Godoy FA<sup>1</sup>, López Morales M<sup>2</sup>, Sierras Cristiá A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)

<sup>2</sup> FEA COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)



Las FRACTURAS DE ESCÁPULA presentan una **incidencia** entre el **0.4%** y el **1%**, afectando un **45%** al cuerpo, un **35%** a la glenoides, un **8%** al acromion y un **7%** en apófisis coracoides. Generalmente se producen por traumatismos de **alta energía**. Las **indicaciones** generales de **tratamiento quirúrgico** consiste en fracturas de la fosa glenoidea que afecte a más del 25% de la articulación, cuello de escápula asociado a fractura de clavícula desplazada, cuello de escápula con angulación mayor de 40° y +1cm de traslación, conminutas de la espina, apófisis coracoides con desplazamiento que condicione una separación funcional y fracturas del acromion con compromiso del espacio subacromial. En el **90%** de los casos el tratamiento se optará por **tratamiento conservador**.



Resaltar los **buenos resultados** en cuanto a dolor, movilidad y funcionalidad con el **tratamiento conservador** en las fracturas de escápula y clavícula distal estables.



Varón de 34 años que sufre accidente de tráfico presentando focalidad traumática sobre hemitórax y cintura escapular. En **TC** se evidencia **fractura acromial tipo II de Kuhn** et al. con **fractura de apófisis coracoides tipo II de Ogawa y Cols**, asociada a **fractura de clavícula Grupo II tipo I de Allman** (fig. 1), manteniendo la integridad de cabeza humeral, glenoides y cuerpo de escápula. No alteraciones sensitivomotoras ni vasculares en miembro afecto. Además, se produjo contusión pulmonar y pequeño neumotórax apical homolateral. Tras el estudio de opciones quirúrgicas versus conservadoras, se decide optar por tratamiento definitivo conservador con **charpa** durante **4 semanas**. Posteriormente, se deriva a **RHB**.



**RX SIMPLE HOMBRO:** Fx compleja de borde superior de escápula con afectación de base de coracoides y acromion + Fx de extremo lateral de clavícula + Fx costales 3er-7º AIC D



A los **6 meses**, consigue **movilidad pasiva completa** con limitación dolorosa en el balance activo en los últimos grados de la flexión, abducción y aproximación horizontal. No dolor espontáneo. **Funcionalidad completa**. En **TC de control** se apreciaron signos de **consolidación ósea escapular con retardo en la clavícula hasta el 9º mes**.



**Figura 1. TC HOMBRO.** Reconstrucción 3D cintura escapular derecha.



La distribución de los **TRAZOS FRACTUARIOS** y la **LIGAMENTOTAXIS**, con conservación del **COMPLEJO SUSPENSORIO DEL HOMBRO**, son de vital importancia en la elección del tratamiento. La estabilidad indirecta minimiza los desplazamientos secundarios, permite un tratamiento conservador, con previsión de un excelente pronóstico y la consecución de unos resultados funcionales muy aceptables.

