

Título del trabajo:

Resumen SOBRE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

Unidad III

**Nombre de la asignatura: Clínicas quirúrgicas
complementarias**

Nombre del alumno:

Karla Zahori Bonilla Aguilar

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: DR. Alfredo López López

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 10 de Noviembre de 2020.

Fractura de radio y cubito

La fractura de la diáfisis del Radio y Cubito es la pérdida de la continuidad ósea de la parte tubular en la diáfisis del radio, cúbito o ambos; las cuales pueden estar asociadas a incongruencia articular radio-cubital distal o proximal. El antebrazo es considerado una sola articulación funcional conectada a través de la membrana interósea. Las fracturas del tercio medio (diáfisis) del antebrazo generalmente se producen por aumento de la fuerza en el punto de inflexión de las curvaturas normales de la diáfisis del cúbito, radio o ambos por traumatismo indirecto el cual puede ser por caída en la que se apoya la palma de la mano, que se produce con más frecuencia durante la realización de maniobras de defensa personal y accidentes vehiculares y por proyectil de arma de fuego.

Factores de riesgo que predisponen a una Fx de antebrazo

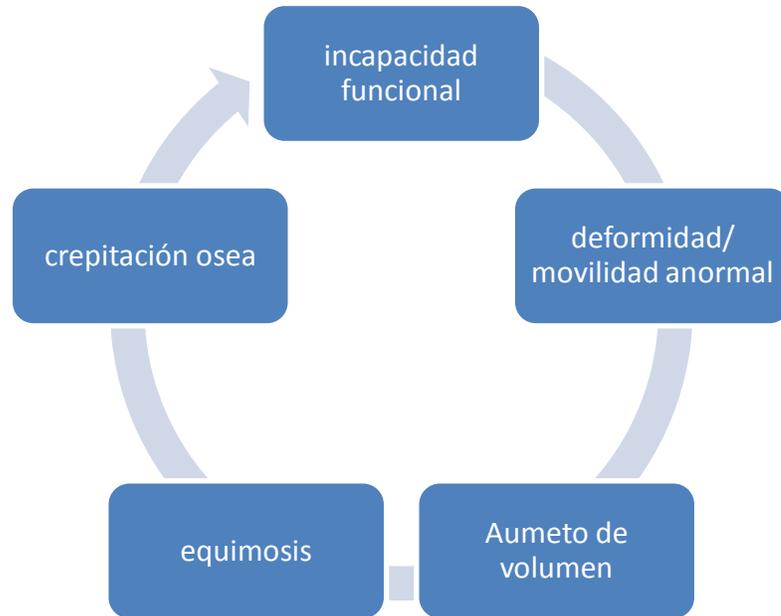


Los síntomas que presentan los pacientes con fractura de la diáfisis del cúbito y radio generalmente son:

Dolor

Perdida de la función del antebrazo

En las fracturas de la diáfisis del cúbito y del radio se encuentran los signos clásicos de las fracturas:



En presencia de una fractura generalmente se apreciara deformidad del antebrazo, más aun si se compara con la otra extremidad.

Diagnostico

El examen clínico debe incluir una evaluación cuidadosa del estado neurológico de la función motora y sensorial de los nervios: radial, mediano y ulnar. Se deberá comprobar el estado vascular, el grado de inflamación, la intensidad del dolor en reposo y durante el estiramiento del antebrazo y los dedos de la extremidad afectada.

Radiografía simple Inicialmente la radiografía simple con proyecciones anteroposterior y lateral de antebrazo son de utilidad para identificar la fractura.

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada es de utilidad en fracturas complejas de ambos huesos para observar el cartílago y los tendones alrededor del antebrazo.

Los grados leves de luxación y subluxación de la articulación distal se valoran mejor mediante tomografía computarizada.

Las fracturas de ambos huesos del antebrazo se clasifican según:

- ✚ Nivel de fractura
- ✚ Patrón de la fractura
- ✚ Grado de desplazamiento
- ✚ Presencia o ausencia de múltiples fragmentos (conminuta) o pérdida de un segmento de hueso
- ✚ Abiertas o cerradas

Cada una de las características anteriores determina el tipo de tratamiento y el pronóstico.

Tratamiento

Manejo Inmediato

- ✚ Evaluación integral del paciente con el ABCD del ATLS (Advanced Trauma Life Support)
- ✚ Tipo de lesión: - Cerrada - Abierta
- ✚ Estado neurocirculatorio
- ✚ Grado de contaminación (en la abierta)
- ✚ Si la herida está contaminada se lavara con solución fisiológica (contraindicado el uso de antisépticos)
- ✚ En caso de hemorragia se deberán colocar apósitos compresivos estériles

- ✚ Contraindicado el uso de torniquete
- ✚ Efectuar maniobras gentiles para reducir luxaciones y desplazamientos importantes.
- ✚ Colocar férula en la extremidad lesionada
- ✚ Traslado inmediato a un centro hospitalario que cuente con atención de urgencias de traumatología.

Evitar la manipulación excesiva del brazo para impedir un mayor daño a los tejidos blandos.

En las fracturas abiertas en tanto se realiza el manejo quirúrgico, se colocara un apósito estéril sobre la herida.

Manejo en la Unidad de Urgencias de Traumatología

- ✚ Evaluar de forma integral al paciente
- ✚ Evaluar los estudios de gabinete
- ✚ Decidir del tipo de tratamiento que necesita el paciente.

Fracturas que necesitan tratamiento quirúrgico:

- ✚ Fracturas asociadas de cubito y radio en adultos
- ✚ Fracturas aisladas desplazadas de cubito en adultos con angulación superior a 10 grados
- ✚ Fracturas de Galeazzi y Monteggia
- ✚ Fracturas expuestas
- ✚ Fracturas asociadas a síndrome compartamental independientemente del grado de desplazamiento
- ✚ Fracturas patológicas
- ✚ Fracturas múltiples en la misma extremidad
- ✚ Fracturas contiguas a una artroplastia completa de codo o a una placa aplicada para artrodesis de muñeca.

El momento ideal para la reducción quirúrgica de la fractura de antebrazo es dentro de las 6 horas posteriores al momento en que se produjo la lesión, principalmente en las fracturas abiertas.

Sí, la fractura presenta más de un fragmento, se deberá iniciar con la reducción de la fractura más fácil de alinear. Después se deben revisar las articulaciones de codo y muñeca, finalmente comprobar la función del antebrazo.

La reducción de la fractura podrá realizarse con:

- ✚ Placa de compresión dinámica y tornillos de 3.5 mm
- ✚ Clavo centro medular
- ✚ Fijadores externos

La técnica y el material de osteosíntesis a usar en la fractura de la diáfisis de cúbito, radio o ambas dependerá de la valoración individual de cada fractura, a continuación se listan en orden de frecuencia de uso:

- ✚ Placa de compresión dinámica y tornillos de 3.5 mm
- ✚ Clavo centro medular
- ✚ Fijadores externo

Para fijar las fracturas de antebrazo en el adulto, las placas de compresión dinámica de 3.5 mm son las de primera elección.

Para disminuir la tensión excesiva y lograr una osteosíntesis estable se requieren 6 corticales distales y 6 corticales proximales a la fractura.

La fijación externa es solo para fracturas expuestas grado III-B y III-C de la clasificación de Gustilo y Anderson.

En adultos con fracturas conminutas que no sean susceptibles de reducción con placa se valorara el uso de enclavado centromedular.