



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 3

MATERIA: CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

El antebrazo es una estructura anatómica compleja que tiene un papel fundamental en la función de la extremidad superior. La destreza de la extremidad superior depende de la combinación de mano, muñeca y antebrazo, principalmente para realizar la rotación (prono-supinación). El antebrazo está formado por los huesos: radio y cubito (ulna).

Las fracturas de radio y cubito se dividen para su descripción, así como para tomar decisiones de manejo, según el sitio donde se encuentra la fractura con respecto al eje longitudinal: tercio proximal, tercio medio y tercio distal.

Las fracturas de antebrazo en el adulto son habitualmente desplazadas e inestables. El objetivo inicial del manejo es lograr la movilización temprana de la extremidad afectada, y con el tratamiento y la rehabilitación el objetivo es evitar la pseudo-artrosis y las uniones anómalas, por que producen alteraciones funcionales y cosméticas limitantes, así como limitación del ángulo de rotación del antebrazo.

Las complicaciones que pueden presentarse se son: infección, trastornos vasculares tales como isquemia de Volkman, síndrome compartamental y Atrofia de Sudeck, sinostosis radiocubital, retardo de consolidación, pseudoartrosis, perdida de tejidos blandos, refracturas, consolidación viciosa, lesiones neurológicas, rigidez articular, entre las más frecuentes. El pronóstico para la recuperación de las fracturas de antebrazo está relacionado con la gravedad y tipo de fractura y es mejor cuando el manejo se proporciona en forma temprana y es el apropiado. Aumenta la morbilidad cuando el diagnostico no se realiza o se retrasa y más si es una fractura expuesta o asociada con luxación.

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Mala nutrición

- Alteraciones óseas congénitas
- Reducción de masa muscular
- Violencia intrafamiliar

INTERROGATORIO

Antecedente de traumatismo

El mecanismo de lesión es variable. Las causas más comunes:

- Golpe directo al antebrazo
- Caída con la mano extendida con el antebrazo pronación
- Accidentes de tráfico
- Lesiones deportivas
- Heridas de bala puede resultar en fractura de ambos huesos del antebrazo
- Accidentes con máquinas de granja y maquinaria industrial

Los síntomas incluyen:

- Dolor
- Pérdida de la función del antebrazo

Signos clásicos de fracturas:

- Incapacidad funcional
- Deformidad
- Movilidad anormal
- Aumento de volumen
- Equimosis
- Crepitación ósea

El examen clínico debe incluir una cuidadosa evaluación neurológica de las funciones motoras y sensoriales del nervio radial, mediano y ulnar. Comprobar el estado vascular, el grado de inflamación del antebrazo y la intensidad del dolor en reposo y al estirar

La piel tensa, alteraciones neurológicas y dolor al estiramiento deben despertar la sospecha de síndrome compartamental.

La evaluación neurovascular de la extremidad, es el examen más valioso para el diagnóstico de síndrome compartamental junto con la presencia de dolor a la extensión pasiva de los dedos.

Las fracturas de ambos huesos del antebrazo son generalmente clasificados de acuerdo a:

- 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

ESTUDIOS DE GABINETE

- Radiografía de antebrazo: Solicitar de inicio dos proyecciones: antero-posterior y lateral.
- Tomografía computarizada
- La angiografía se solicitara en caso de sospecha de lesiones vasculares

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando se diagnostica Síndrome compartamental, deberá realizarse en forma inmediata fasciotomía.

El desbridamiento y la reducción de la fractura abierta se realizaran en la sala de operaciones, la estabilización puede ser temporal o definitiva. La debridación de los tejidos lesionados debe realizar en quirófano y dentro de las primeras 6 horas posteriores al traumatismo, debido a la relación que existe entre el tiempo de exposición de los tejidos lesionados y el riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas.

El momento de la intervención quirúrgica idealmente debe de ser dentro de las primeras 6 horas del accidente, principalmente en las fracturas abiertas. El retraso en el manejo aumenta el riesgo de sinostosis.

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.

La fijación se podrá realizar con:

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

Indicaciones de enclavado centro medular:

- Fracturas segmentarias
- Algunas Fracturas patológicas
- Falla de placa
- Fracturas múltiples

Se deberá iniciar con la fractura más fácil, revisando las articulaciones de codo y muñeca y comprobando finalmente la función del antebrazo. Se utiliza fijación externa solo en fracturas expuestas grado III-B y III-C de la clasificación de Gustilo y Anderson. La técnica anestésica que produce excelente analgesia y

anestesia en cirugías de la extremidad superior, es el bloqueo del plexo braquial.

BIBLIOGRAFIA:

CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de FRACTURAS DE ANTEBRAZO. MAYO DEL 2021, de GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA. Sitio web:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/193_GPC_FRACTURA_ANTEBRAZO/Fracturas_de_Atebrazo_RR_CENETEC.pdf