



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Licenciatura en Medicina Humana



DOCENTE:
DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:
CLINICA QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

UNIDAD:
TERCERA

TEMA:
FRACTURA DE RADIO Y CUBITO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 27 de mayo del 2022.

Las fracturas diafisarias de cúbito y radio son consideradas como articulares por su importante relación anatómica y funcional. Cualquier cambio en la morfología del cubito o del radio y en su relación espacial puede tener consecuencias funcionales en el codo, la muñeca y en la mano. La relación entre ambos huesos es tan íntima en toda su longitud que se podría considerar a todo el antebrazo como una articulación y deberá ser tratada de la misma manera para conseguir la mejor corrección anatómica.

Las alteraciones de la articulación del codo tendrán repercusiones en la muñeca y viceversa. La diáfisis del antebrazo hará de “puente activo” entre ambas articulaciones y su anatomía deberá ser preservada. Se puede decir que en posición neutra actúan como un cubo y su asa, siendo el cúbito el cubo y el radio el asa. El cúbito forma un pivote sobre el cual girará el radio durante la pronosupinación, variando la transmisión de fuerzas según cambie la carga.

Los medios de unión entre ambos son el ligamento anular en la radiocubital proximal; la membrana interósea en todo el trayecto de la diáfisis y el complejo fibrocartílago triangular en la radiocubital distal.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

La forma más común es el traumatismo producido por accidente con algún tipo de vehículo a alta velocidad, especialmente coches y motos. También, se incluyen en este tipo de lesión directa la agresión o el bastonazo. Dentro de los mecanismos indirectos encontramos la caída de altura y los accidentes deportivos. Las fracturas patológicas y fracturas abiertas son raras. Los mecanismos de baja energía suelen producir fracturas transversas u oblicuas, en cambio, las lesiones de alta energía producen fracturas segmentarias o conminutas con diferente grado de afectación de las partes blandas.

CLÍNICA

- Dolor.
- Deformidad e impotencia funcional del antebrazo, que se encuentra pegado al cuerpo y sujeto por la otra mano.
- Descartar el síndrome compartimental.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Rayos x: anteroposterior y lateral del antebrazo incluyendo codo y muñeca, para descartar fracturas o luxaciones asociadas. Se pueden realizar proyecciones oblicuas.

TAC: en caso de duda.

CLASIFICACIÓN

Las fracturas del antebrazo se pueden clasificar según el nivel y patrón de fractura, desplazamiento, grado de conminución, o si son cerradas o abiertas. Una clasificación más práctica, desde el punto de vista terapéutico se hace en función de los elementos que participan en la lesión:

- Fractura abierta de cúbito y radio.
- Fractura de ambos huesos.
- Fractura aislada de cúbito.
- Fractura de Monteggia.
- Fractura aislada de radio.
- Fractura de Galeazzi.

TRATAMIENTO

La mayoría de las fracturas del antebrazo presenta desplazamiento debido a que la fuerza necesaria para romper ambos huesos es suficiente para producir también desplazamiento entre los fragmentos. El tratamiento de elección de estas fracturas desplazadas es quirúrgico.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

- Pueden tratarse con yeso moldeado braquiopalmar desde la axila con el codo a 90° de flexión y rotación neutra.
- Realizar control radiológico estricto de manera semanal durante las primeras cuatro semanas por el posible desplazamiento secundario.
- En adultos, no está recomendada la reducción cerrada e inmovilización con yeso la fractura de ambos huesos siendo indudablemente quirúrgico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Reducción anatómica, restableciendo la longitud, los ejes y la rotación de ambos huesos para asegurar la completa pronosupinación. Además, de conseguir una fijación lo suficiente estable para permitir una movilización precoz.