

Recuperación total con tratamiento conservador de fractura de clavícula con criterio quirúrgico

Total Recovery With Conservative Treatment of Clavicle Fracture with Surgical Criteria

Enrique Arce Morera^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6510-4500>

¹Policlínico Docente Dr. Tomás Romay. Artemisa, Cuba.

*Autor para la correspondencia: earce@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción. Las fracturas de clavículas son lesiones bastante frecuentes que producen pérdida de la continuidad ósea. La fractura del tercio externo de la clavícula tipo 2B (según clasificación de Robinson), tiene criterio quirúrgico o tratamiento conservador, en el siguiente caso se consideró esta última posibilidad.

Objetivo: Describir la evolución clínica de paciente que presentó fractura de clavícula con criterio quirúrgico, y que mediante acciones fisioterapéuticas oportunas logró una rápida y total recuperación.

Presentación del caso: Paciente del sexo femenino con fractura del tercio externo de la clavícula de confirmación clínica radiográfica e intento fallido de reducción con alambre de Kishner y criterio quirúrgico el cual no se efectuó. Recibe tratamiento fisioterapéutico en el servicio de Rehabilitación Integral del Policlínico Docente Dr. Tomás Romay de Artemisa.

Conclusiones: La paciente con fractura de clavícula Tipo 2B, según la clasificación de Robinson descrita, logró excelentes resultados funcionales. Tan solo en 8 semanas de tratamiento fisioterapéutico adecuado presentó una recuperación total de su sintomatología y la reincorporación sin limitaciones a su actividad social, por lo que se apoya el tratamiento conservador en este tipo de lesión.

Palabras claves: fractura de clavícula; tratamiento conservador; recuperación.

ABSTRACT

Introduction: Clavicle fractures are fairly common injuries that cause loss of bone continuity. The fracture of the external third of the clavicle type 2B, according to Robinson's classification, has surgical criteria or conservative treatment; in the following case the latter possibility was considered.

Objective: To describe the clinical evolution of a patient who had clavicle fracture with surgical criteria, and who, through timely physiotherapeutic actions, achieved rapid and complete recovery.

Case report: A case of a female patient with fracture of the external third of the clavicle is reported here. The clinical confirmation was achieved by radiographic studies. The attempt to reduction with Kishner wire failed. In addition, surgery was not carried out. She received physiotherapy treatment in the Comprehensive Rehabilitation service at Dr. Tomás Romay Teaching Polyclinic in Artemisa.

Conclusions: The patient with type 2B clavicle fracture, according to the described Robinson classification, achieved excellent functional results. Only in 8 weeks of adequate physiotherapeutic treatment she had complete recovery of her symptoms and the reincorporation without limitations to her social activity, hence conservative treatment is supported in this type of injury.

Keywords: clavicle fracture; conservative treatment; recovery.

Recibido: 03/01/2021

Aceptado: 05/08/2021

Introducción

Las fracturas de clavículas son lesiones bastante frecuentes que producen pérdida de la continuidad ósea, de origen mayormente traumático, localizada entre las articulaciones acromioclavicular y esternoclavicular. Estas fracturas ocurren fundamentalmente en hombres jóvenes y comprenden entre el 4 y 10 % de todas las fracturas.^(1,2)

En el cuerpo de la clavícula se insertan poderosos músculos, como son: esternocleidomastoideos, fascículos claviculares del deltoides y del pectoral, que actúan sobre los movimientos del brazo.^(3,4) Cuando la clavícula se fractura, los fragmentos ya libres, sufren directamente la acción contracturante de los músculos señalados, que determinan los desplazamientos característicos.

Las fracturas pueden ser:

- Fractura simple o en varios fragmentos.
- Fractura del extremo interno.
- Fractura del extremo externo.
- Fractura de la parte media.^(5,6)

Entre las indicaciones para el tratamiento quirúrgico en estos tipos de fracturas están:

- Fractura prominente sobre la piel que amenaza perforar ésta,
- Pseudo artrosis,
- Fractura del tercio externo con lesión ligamentosa.

El presente trabajo reporta caso de una paciente con un pronóstico funcional poco favorable dadas las características de la lesión, y fue tratada con el método conservador durante 8 semanas.

Se plantea como objetivo describir la evolución clínica de la paciente que presentó fractura de clavícula con criterio quirúrgico, y que mediante acciones fisioterapéuticas oportunas logró una rápida y total recuperación.

Presentación del caso

Paciente del sexo femenino, 59 años de edad y antecedentes de diabetes mellitus tipo II, que sufrió caída de espalda y, al impactar con una superficie irregular, la región posterior del hombro derecho presentó dolor e impotencia funcional. Acude al servicio de Ortopedia donde se realiza radiografía del hombro, cuya imagen mostró una fractura del tercio externo de la clavícula derecha tipo 2B (según clasificación de Robinson).⁽⁷⁾ Se efectuó intento fallido de reducción con alambre de Kirshner y se sugirió criterio quirúrgico, acto que no se realiza por negativa de la paciente. Se inmoviliza el hombro con un vendaje Velpaut durante 2 semanas. Se decide tratamiento conservador y es remitida al Servicio de Rehabilitación de su área de salud.

A continuación, se puede observar radiografía con solución de contigüidad del tercio externo de la clavícula derecha y pérdida de la relación anatómica de las superficies afectadas con desplazamiento grado III (Fig. 1).



Fig. 1 - Radiografía que muestra superficies afectadas con desplazamiento grado III.

Referencia al Servicio de Rehabilitación Integral (SRI)

A la tercera semana de ocurrida la lesión, se realiza la primera valoración fisiátrica en el SRI. Se realiza, además, examen físico que muestra: prominencia en la región súper externa del hombro, presencia de equimosis local, y hombro doloroso a los movimientos con impotencia funcional de dicha articulación.

La valoración clínica se realizó mediante la puntuación obtenida en la escala de Constant.⁽⁸⁾

- A. Dolor (5) de 15 puntos.
 - B. Actividades de la vida diaria (0) de 20 puntos.
 - C. Rango de movimiento (0) de 40 puntos.
 - D. Fuerza de la abducción en el plano escapular (0) de 25 puntos.
- Total: 5 de 100 puntos.

Diagnóstico: Hombro rígido por fractura del tercio externo, hombro derecho, tipo IIB.

Pronóstico funcional: Poco favorable, con recuperación a largo plazo y posibles secuelas motoras.

Objetivos del tratamiento: Alivio del dolor, mejora de amplitud articular del hombro afectado, adiestramiento en las actividades del miembro superior derecho.

Tratamiento fisioterapéutico: Masajes relajantes de la musculatura del hombro.

Kinesioterapia: Ejercicios pendulares.

Magnetoterapia: Campo magnético con el equipo Mag. 200. Técnica transarticular, intensidad de 50 % del campo, frecuencia 50 Herz, tiempo 20 minutos, 20 sesiones de tratamiento.

A la sexta semana de ocurrida la lesión se realiza la segunda valoración fisiátrica en el SRI. La paciente recibió 5 sesiones del tratamiento y continuó los ejercicios en su hogar. Se realiza examen físico: presencia de movimientos activos de la articulación de hombro y se aplica la escala de Constant:

- A. Dolor (15) de 15 puntos.
- B. Actividades de la vida diaria (8) de 20 puntos.
- C. Rango de movimiento (24) de 40 puntos.
- D. Fuerza de la abducción en el plano escapular (5) de 25 puntos.

Total: 52 de 100 puntos.

Como tratamiento fisioterapéutico en su hogar se orientan los ejercicios de amplitud y fuerza de dicha articulación, mediante ejercicios con mancuernas para el fortalecer el manguito de los rotadores.⁽⁹⁾ Se indica reconsulta a las 2 semanas y radiografía evolutiva.

A las 8 semanas de ocurrida la lesión se realiza evaluación final. Se revisa radiografía y se evalúa la línea de fractura clavicular donde aparecen signos de callo óseo, como resultado del proceso osteoblástico con núcleo de pseudoartrosis).



Fig. 2 - Radiografía que muestra los signos de callo óseo.

- A. Evaluación final según la escala de Constant:
- B. Dolor (15) de 15 puntos.
- C. Actividades de la vida diaria (16) de 20 puntos.
- D. Rango de movimiento (38) de 40 puntos.
- E. Fuerza de la abducción en el plano escapular (23) de 25 puntos.

Total: 92 de 100 puntos.

Discusión

Habitualmente las fracturas de la clavícula son lesiones banales que solo precisan tratamiento conservador. Las fracturas desplazadas, que presumiblemente no van a consolidar adecuadamente precisan cirugía. Para ello, la utilización de placas atornilladas y ocasionalmente agujas y cerclaje es la norma.⁽¹⁰⁾ También como complicación de ello se han reportado algunos casos de trombosis de las venas axilar o subclavia, ocasionadas por fracturas claviculares.⁽¹¹⁾

En la literatura mundial se comenta que el tratamiento quirúrgico presenta mejores resultados funcionales que el conservador, así lo expresa *Valero González* en su artículo, que considera la reducción abierta y la fijación interna de esta lesión como el método de elección para su tratamiento.⁽¹²⁾ También *Moya* considera una buena opción el tratamiento quirúrgico, dado el buen resultado funcional y la baja incidencia de pseudoartrosis que presentan.⁽¹³⁾ Sin embargo, según *Morales-Villanueva*, los resultados funcionales de los pacientes con fracturas de clavícula Tipo 2B (según la clasificación de Robinson) tratados tanto de manera conservadora, como quirúrgica, fueron de bueno a excelente después de las 12 semanas de evolución. En su análisis de un caso clínico con este tipo de lesión, afirmó, que con un tratamiento fisioterapéutico intensivo se obtuvo la estabilidad musculotendinosa de todo el complejo escapular, después de 3 meses de tratamiento.⁽¹⁴⁾

Conclusiones

La paciente con fractura de clavícula Tipo 2B, según la clasificación de Robinson descrita, logró excelentes resultados funcionales. Tan solo en 8 semanas de tratamiento fisioterapéutico adecuado presentó una recuperación total de su sintomatología y la reincorporación sin limitaciones a su actividad social, por lo que se apoya el tratamiento conservador en este tipo de lesión.

Referencias bibliográficas

1. Morales-Villanueva J, Tamayo-Pacho F, Pineda-Castro OP. Fracturas complejas del tercio lateral de la clavícula. Acta Ortop. Mex. 2018 [acceso 18/12/2020];32(3). Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82293>
2. Checchia SL, Doneux P, Miyazaki AN, Fregoneze M, Silva LA. Treatment of distal clavicle fractures using an arthroscopic technique. J Shoulder Elbow Surg. 2018;19(3):294-8.
3. Arcos Gutiérrez MI, Barros Segovia JA, Cevallos Mendoza CD, Ollague Armijos R. Tratamiento conservador en fractura de clavícula. RECIMUNDO. 2020;3(4):571-85. DOI:
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019)
4. Arcos Gutiérrez MI, Barros Segovia JA, Cevallos Mendoza CD, Ollague Armijos R. Tratamiento conservador en fractura de clavícula. RECIMUNDO. 2020;3(4):571-85. DOI:
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019)
5. López JJ. Fractura de clavícula, la “fractura de los domingos”. La bolsa del corredor. LBDC. 2018 [acceso 18/12/2020]. Disponible en:
<https://www.sport.es/labolsadelcorredor/fractura-de-clavicula/>
6. Rosa JRP, Checchia CS, Naoki Miyazaki A. Inestabilidad anterior traumática do ombro. Rev Bras Ortop. 2017;52(5):513-20. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.rboe.2017.09.003>
7. Ávila Lafuente JL, Santos MM, Jacobo EO, García-Polín LC, García Rodríguez C. Fracturas de clavícula distal. Revista española de Artroscopia y Cirugía Articular. 2015 [acceso 08/09/2016];22(1):49-53. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2386312915000419>
8. Arce ME, Hernández ET, Armas ML. Acupuntura y kinesioterapia en el tratamiento de la capsulitis adhesiva del hombro. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2016 [acceso 01/10/2016]; 32(1). Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100011&lng=es&nrm=iso
9. Kirner C, Colvin LA. Ejercicio terapéutico. Fundamento y técnica. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2010. p. 496.
10. Caballero AJ. Comparación de distintas técnicas quirúrgicas en fracturas inestables del tercio distal de clavícula. España: Universidad Internacional de Andalucía; 2016. ISBN 978-84-7993-706-5. [acceso 26/09/2016]. Disponible en:
<http://dspace.unia.es/handle/10334/3556>
11. Ubeda PI, Sobra-Hidalgo GA. Trombosis venosa profunda masiva de miembro superior secundaria a fractura de tercio medio de clavícula. Caso clínico. Revista Andaluza de Medicina del Deporte. 2016 [acceso 08/09/2016];9(3):99-

142. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888754616300612>

12. Valero G, Fernando S, García GA, Aguirre HR. Tratamiento de las fracturas de la clavícula con desplazamiento severo, mediante la reducción abierta y fijación interna con diversas técnicas. Rev. Mex. Ortop. Traumatol. 1994 [acceso 26/09/2016];8(3):79-83. Disponible en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-141564>

13. Moya E, Lamar C. Tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias y conminutas de la clavícula mediante placa anatómica de bajo perfil. 2014 [acceso 20/09/2016]:56(2):127-31. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888441511003316>

14. Morales-Villanueva J, Tamayo-Pacho F. Fracturas complejas del tercio lateral de la clavícula. Acta Ortop. Mex. 2018 [acceso 10/08/2020];32(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000300140&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Conflicto de intereses

El autor no presenta ningún conflicto de intereses para publicar este trabajo.