

FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR, HÚMERO

AUTORA: Olga Clemencia Giraldo A .

eMail: olga_giraldo70@yahoo.com

Profesión: Fisioterapeuta

Universidad autónoma de Manizales Manizales-

Caldas- Colombia

Teléfono Celular: (051) 315-881-62-40

LESIONES MÁS COMUNES OSEOS-ARTICULARES-MUSCULARES de MMSS

FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR. HÚMERO

- [Fractura de la metáfisis proximal](#)
- [Fractura de la diáfisis](#)
- [Fractura de la metáfisis distal](#)
- Fracturas Del extremo superior del Húmero:
 - [Las fracturas de la cabeza humeral aislada \(epífisis proximal\)](#)
 - [Las fracturas del troquíter](#)
 - [Fractura del vértice del troquíter sin desplazamiento](#)
 - [Fractura del troquíter con desplazamiento](#)
- [Fracturas del cuello del húmero](#)
 - [Fracturas por contusión](#)
 - [Fracturas por aducción](#)

FRACTURAS DE METÁFISIS PROXIMAL

- Pueden ser aisladas o asociadas a una luxación escapulohumeral.
- Este tipo de fracturas puede lesionar la arteria axilar si el desplazamiento es importante.

Fracturas del extremo superior del humero

LAS FRACTURAS DE LA CABEZA HUMERAL AISLADA (EPÍFISIS PROXIMAL)

- Son muy poco frecuentes
- inmovilización con cabestrillo y rehabilitación.

LAS FRACTURAS DEL TROQUÍTER

Se describen tres tipos de fracturas del troquíter:

- Fractura conminuta con gran compromiso óseo.
- Fractura sin desplazamiento del fragmento.
- Fractura con desplazamiento del fragmento.
- Fractura del macizo del troquíter

• **Fractura conminuta del troquíter:**

Generalmente se produce por un violento golpe directo de la cabeza humeral, en una caída de lado contra el suelo.

En la mayoría de los casos se fragmenta en dos o más segmentos y a veces adquiere el carácter de una fractura conminuta. A pesar de ello, los fragmentos no se desplazan.

El pronóstico es bueno y la consolidación es rápida.

El brazo se mantiene sostenido por un cabestrillo por 2 a 3 semanas, cuidando desde el primer momento de ejercitar movimientos de flexión anterior y posterior del hombro, rotación y luego movimientos de

abducción controlados y sin que provoquen dolor. Al cabo de 2 a 3 semanas la movilidad del hombro se empieza a recuperar y la función se hace completa entre 1 a 2 meses.

cuidando desde el primer momento de ejercitar movimientos de flexión anterior y posterior del hombro, rotación y luego movimientos de abducción controlados y sin que provoquen dolor. Al cabo de 2 a 3 semanas la movilidad del hombro se empieza a recuperar y la función se hace completa entre 1 a 2 meses.

- **fractura del vértice del troquíter sin desplazamiento :**

Es una típica fractura por arrancamiento. La tracción arranca la base de la zona de inserción del músculo.

Con frecuencia el fragmento desprendido no se desplaza

el pronóstico es bueno y el tratamiento sólo requiere de inmovilizar el brazo en un cabestrillo por 2 a 3 semanas

cuidando de mantener la movilidad del hombro en actividad.

- **fractura del troquíter con desplazamiento :**

Por la violencia de la caída, la tracción del supraespinoso es extremadamente violenta, la radiografía lo muestra sobre la cabeza humeral o bajo el acromion.

El fragmento desprendido debe ser reducido y fijado en su posición normal.

El pronóstico en general es muy bueno

la movilidad del hombro se recupera.

El músculo deltoides, motor principal del movimiento, se atrofia con extraordinaria rapidez y su recuperación suele ser muy lenta y difícil.

Los ejercicios de rehabilitación deben ser iniciados tan pronto haya una unión sólida del segmento óseo fracturado.

FRACTURAS DEL CUELLO ANATOMICO

El rasgo de fractura se produce en el plano del cartílago de crecimiento (disyunción) en el niño, o en el resto que de él haya quedado en el joven o en el adulto.

son extraordinariamente raras cuando ya terminó el período de crecimiento, en que la epífisis quedó soldada al resto del hueso; son más frecuentes en el niño

El desplazamiento de los fragmentos casi siempre es moderado y no necesita de ninguna maniobra reductiva.

Basta una simple inmovilización con un vendaje por espacio de 2 a 3 semanas.

Si hubiese quedado una discreta mala reducción, ésta se corrige en forma espontánea en el curso del crecimiento.

La reducción quirúrgica es de indicación excepcional

La complicación de la necrosis avascular de la epífisis humeral es excepcional.

En el **adulto** : es extraordinariamente rara y se produce en el plano del resto del cartílago de crecimiento.

En relación a lo que ocurre en el **niño** , hay dos situaciones diferentes:

- El poder de remodelación de los segmentos fracturados ya es nulo, de modo que, de existir deformaciones importantes, éstas deben ser corregidas.
- La capacidad de revascularización de la epífisis a través de la línea de fractura es escaso, de modo que con frecuencia en este tipo de fractura se produce la necrosis avascular de la epífisis.

Se usa un yeso colgante que corrige el ascenso del húmero y el varo. Después de 2 a 3 semanas se retira el yeso, y se mantiene el miembro sostenido por un cabestrillo.

Debe cuidarse atentamente la actividad muscular del hombro con ejercicios activos.

1. Fracturas por contusión :

- producidas por un mecanismo de impacto directo.
- Son fracturas estables, de buen pronóstico
- para su tratamiento requieren inmovilización relativa del brazo en cabestrillo o yeso que comprometa desde el hombro hasta el codo, sin que impida su movilidad.
- debe cuidarse de mantener activos los movimientos de flexión anterior y posterior del Hombro, y ya a las 2 a 3 semanas, se inician los movimientos de abducción del brazo.
- La recuperación se logra en el curso de 1 a 2 meses y no debe esperarse limitación del movimiento de la articulación.
- Ninguno de los movimientos con que se inicia la recuperación deben provocar dolor.

2. Fracturas por aducción :

- La reducción ortopédica suele ser muy difícil, la estabilidad de los fragmentos es precaria y con frecuencia exige un tratamiento quirúrgico.
- Fracturas con acentuada desviación en varo del segmento distal en pacientes de menos de 40 a 45 años.
- La acentuada desviación en varo del húmero, se constituye en una fuerte limitante del movimiento de abducción del hombro.
- Ello puede ser poco trascendente en el enfermo de edad avanzada; en él adquiere mucho más valor el encajamiento de los fragmentos, que garantiza una consolidación rápida, y una movilización precoz, aun cuando la abducción pueda quedar parcialmente limitada.
- Se mantiene esta inmovilización por 3 a 4 semanas, con ejercicios pendulares del brazo, iniciando los movimientos de abducción después de 2 a 3 semanas.
- Ninguno de los movimientos con que se inicia la recuperación deben provocar dolor.

Rehabilitación:

- Comenzar con ejercicios pendulares.
- Usar eventualmente el cabestrillo para evitar fatiga.
- Movilización progresiva escapulohumeral.
- Posterior a la consolidación total se puede hacer la técnica de movilización articular.

fracturas de la diafisis del humero

- Suelen ser fracturas muy inestables
- el tratamiento de elección en los politraumatizados es la fijación interna, sobre todo si son bilaterales o asociadas a fracturas de cúbito y radio ipsilaterales.
- La fijación va a provocar una más rápida evolución de la fractura, un mejor manejo del paciente polifracturado, evitar una complicación relativamente frecuente como es la lesión del nervio radial, además de disminuir la incidencia de embolia grasa.

Tratamiento definitivo

- El antebrazo se sostiene en un cabestrillo (Figura).
- La inmovilización puede ser retirada, el brazo queda sostenido por un cabestrillo y se continúa con la actividad de todas las articulaciones y masas musculares.
- La consolidación es rápida y los resultados funcionales en general son excelentes.

Compromiso del nervio radial

- Es una complicación relativamente frecuente (19%).
- Se presenta en fracturas que comprometen la porción media de la diáfisis.
- En otro sentido, la lesión del radial por fracturas del húmero por armas de fuego o por graves fracturas expuestas, adquieren una especial gravedad, y con frecuencia la lesión es candidata a una exploración y reparación quirúrgica.
- Exceptuando estas dos circunstancias, en todas las demás la lesión del nervio corresponde a una neuropraxia, de carácter benigno, de recuperación espontánea.
- El diagnóstico de la lesión es fácil y los signos que la identifican son evidentes:
 - Mano caída.
 - El movimiento de supinación está perdido.
 - También lo está el movimiento de extensión de los dedos en las articulaciones metacarpo falángicas y del pulgar.
 - Disminución de la sensibilidad del dorso de la mano, lado radial.
- Mientras la recuperación se va produciendo, debe cuidarse que la función muscular comprometida sea por una correcta fisioterapia, complementada con estimulación eléctrica de la función muscular.
- Debe cuidarse de la posición de la mano y dedos, evitando, con férula antebraquio-palmar, la posición viciosa de la mano.

Indicaciones quirúrgicas de las fracturas de la diáfisis humeral

- Son extremadamente raras
- Son mucho más frecuentes y graves las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, que aquéllas generadas por el tratamiento ortopédico:
- Retardo de consolidación, pseudoartrosis, elementos de osteosíntesis que se desprenden de los extremos óseos, compromiso del radial, secuelas cicatriciales en los músculos del brazo, infecciones, constituyen una lista de complicaciones no poco frecuentes.

fracturas de la metáfisis distal

- Son fracturas siempre graves por la posibilidad que tienen de lesionar la arteria humeral y el nervio mediano, y por su evolución en no pocas ocasiones al retardo de consolidación e incluso a la pseudoartrosis .
- La indicación es quirúrgica, especialmente si se asocia a la fractura de cúbito y radio ipsilateral (codo flotante).
- Las fracturas de la paleta humeral, siempre complejas, necesitan una reducción lo más anatómica posible de la superficie articular, por lo que suele ser precisa la reducción quirúrgica y osteosíntesis.