EPIDEMIOLOGÍA:

- Poco frecuentes (5% de las lesiones de la cintura escapular y menos del 1% del total de las fracturas) gracias a engrosados bordes, gran movilidad y amortiguación muscular.
- 50% afectan a cuerpo y espina.
- Asociación a otras lesiones:
    - Fracturas costales 52%.
    - Fractura ipsilateral de clavícula 25%.
    - Lesión columna vertebral 29%.
    - Lesión plexo braquial 5%.
        - 75% resolución no quirúrgica.
    - Lesión pulmonar
        - Neumotórax 32%.
        - Contusión pulmonar 41%
    - Lesiónes cabeza 34%
    - Lesiones vasculares 11%.

- Edad Media 3545 años.
- Hombres 70%.
- A menudo de alta energía. (25% asociadas a mortalidad)
- Asociación con elevadas puntuaciones en Injury Severity Scores.

SECHC

ANATOMÍA:

Regiones óseas:

- Acromion.
- Apófisis Coracoides.
- Espina.
- Cavidad Glenoidea.
- Cuello escapular.
- Cuerpo.

Inserciones musculares posteriores:

- Trapecio.
- Omohioideo.
- Elevador de la escápula.
- Supraespinoso.
- Romboide menor.
- Infraespinoso.
- Romboide mayor.
- Latissimus dorso.
- Redondo mayor.
- Redondo menor.
- Tríceps (cabeza larga).
- Deltoides.

Inserciones musculares anteriores:

- Pectoral menor.
- Omohioideo.
- Serrato anterior.
- Subescapular.
- Tríceps (cabeza larga)

Detalles anatómicos:

- Coracoides inserción del tendón conjunto (porción corta del M. bíceps, M. Coracobraquial y M. Pectoral menor).
- Porción larga del M. Bíceps se origina en tubérculo supraglenoideo y la porción larga del tríceps en tubérculo infraglenoideo.
- Deltoides y trapecio inserción común a lo largo de espina, acromion y porción lateral de la clavícula.
- M. Elevador de la escápula, M. Romboides mayor y menor son elevadores de la escápula.
- M. Supraespinoso en fosa superior a la espina y M. Infraespinoso, M.redondo menor y mayor en fosa inferior a ésta.

Relaciones nerviosas:

- Plexo braquial y vasos subclavios desde espacio costoclavicular, discurren anteriores a escápula antes de entrar en la axila.
- N. Supraescapular pasa por escotadura supraescapular en base superior de la coracoides e inerva los músculos supra e infraespinoso.
- N. Axilar pasa alrededor de la glenoides inferior e inerva deltoides y redondo menor.
- N. Musculocutáneo discurre junto al tendón conjunto cercano a la coracoides.

SECHC

MECANISMO LESIONAL:

- Indirecto: Carga axial sobre brazo extendido; Cuello-glenoides. Luxación hombro.
- Directo: Cuerpo, acromion, coracoides.

Frecuente lesiones asociadas: cinturón escapular, tejidos blandos

CLASIFICACIONES:

Anatómica: Cuerpo, cuello, glenoides y apófisis.

Zdravkovic y Damholt:

- Tipo I: Fractura cuerpo.Traumatismo directo de alta energía.
- Tipo II: Fractura apófisis (Acromion y coracoides).
- Tipo III: Fracturas del ángulo superoexterno (cuello y glenoides).

Ideberg : fracturas de glenoides:

- Tipo I: Avulsión margen anterior (IA, más frecuente) o posterior (IB). Mecanismo indirecto.
- Tipo II: Transversas u oblicuas a través de la glena. Fragmento inferior libre. Inestables.
- Tipo III: Oblicuas de la glenoides y cuello hasta mitad borde superior de la escápula. Inestable. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21685317
- Tipo IV: Horizontales desde la glena y cuello a borde medial. Incongruencia articular.
- Tipo V: Combinación de tipos IV y III. Gran energía.
- Tipo VI: Conminución glena.

Fracturas cuello:

- A menudo impactadas y extraarticulares con buen pronóstico.
- Clasificación:
- Tipo I: No anguladas ni desplazadas. Tratamiento conservador.
- Tipo IIa: Desplazamiento + de 1cm. Tratamiento quirúrgico.
- Tipo IIb: Angulada + de 40º. Tratamiento quirúrgico.

Fractura coracoides:

- Tipo I: Proximal al ligamento coracoclavicular.
- Tipo II: Punta de la coracoides.

Fractura acromion:

- Tipo I: No desplazadas o mínimamente desplazadas.
- Tipo II: Desplazada sin compromiso del espacio subacromial.
- Tipo III: Desplazada con compromiso del espacio subacromial.

RADIOLOGÍA:

Rx:

- AP verdadera. Descartar lesión articular. No imagenes superpuestas.
- Escapular en Y.
- Axilar lateral.
- 45º con inclinación cefálica para valorar coracoides.
- Visión oblícua apical.
- Rx tórax para valorar fracturas costales.

TC:

- Fracturas intrarticulares.
- Desplazamiento significativo.
- Imágenes 3D.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO:

Cabestrillo 2 semanas y movilidad precoz.
Indicaciones:

- 90% de las fracturas son mínimamente desplazadas.
- 6 semanas para osificación.
- Buen resultado. No déficit funcional.
- Si una fractura con indicación quirúrgica es tratada conservadoramente, el paciente puede desarrollar debilidad a la abducción y compromiso subacromial.

SECHC

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Reducción abierta y fijación interna. 70% buenos resultados.

Indicaciones:

-Inestabilidad glenohumeral
--Si + del 25% glenoides, relación con subluxación de húmero.
--Si escalón articular de + de 5 mm.
--Si excesiva medialización de la glenoides.

-Fracturas desplazadas de cuello escápula:
--Si + 40º de angulación cuello o 1 cm traslación.

-Fractura abierta.
-Pérdida función manguito rotador.
-Fractura coracoides + de 1 cm desplazamiento.

Abordaje quirúrgico:
-Según localización de la fractura: Fractura margen anterior, abordaje anterior y del margen posterior, abordaje posterior.
-Judet el más frecuente:
Plano internervioso entre infraespinoso (n. supraescapular) y redondo menor (n. axilar).

SECHC