



Fractura de escápula en una paciente octogenaria

Scapula fracture in octogenarian patient

Luis Gerardo Domínguez Gasca,* Jorge Magaña Reyes,† Luis Gerardo Domínguez Carrillo§

Paciente femenino de 83 años, ama de casa, viuda, vive sola y realiza caminata diaria por 45 minutos; sin antecedentes de importancia. La paciente acudió al Servicio de Urgencias por haber sufrido una caída desde su propia altura, colisionando su hombro derecho contra el piso, aunque no perdió el estado de alerta.

Al momento de realizar la exploración física, el hombro derecho estuvo en aducción y flexión de codo, sostenido por la mano contralateral; hubo presencia de tumefacción y equimosis por encima de la escápula derecha (signo de Comolli), dolor al ejercer presión sobre la escápula derecha y al intento de abducción de hombro; presenta la clavícula intacta, fue imposible valorar la fuerza muscular del deltoides a causa del dolor. Los campos pulmonares se presentan con murmullo vesicular normal y ruidos cardíacos rítmicos, sin fenómenos agregados; el resto de la exploración fue normal.

Con diagnóstico de probable fractura escapular, se solicitó una radiografía anteroposterior de ambos hombros y tórax, la cual confirmó fractura de escápula derecha que abarca los glenoides con mínimo desplazamiento (14 F1.1 de la clasificación AO), combinada a fractura de la espina del omóplato en base de acromion (14 A3 de la clasificación AO) (Figura 1). Se manejó con vendaje de Velpeau y paracetamol a dosis de 500 mg cada tercer día, se retiró el vendaje a las cuatro semanas y recibió rehabilitación por seis semanas; se le dio de alta con calificación de 17 en la escala de DASH y permaneció asintomática.

Las fracturas de escápula son consideradas relativamente raras, representan 0.7% de todas las fracturas y les corresponde de 3 a 5% de todas las fracturas de la cintura escapular.¹ Su importancia radica en que la escápula forma parte de un proceso dinámico en los movimientos de la extremidad superior, ya que 18 músculos se originan o cruzan a la escápula y a la articulación glenohumeral, y así, su incorrecta alineación o mala unión posterior a una fractura implica problemas para realizar la función adecuada de la extremidad torácica. Dado que en la mayoría de los casos de fractura de escápula está involucrado un traumatismo de alta energía (no en el caso presentado), la búsqueda de lesiones asociadas es imprescindible, ya que las lesiones concomitantes reportadas son de 31.5% en la cabeza y 36.8% en tórax, incluyendo 3.95% en grandes vasos.² El estudio de Baldwin y colaboradores³ sobre 9,400 fracturas de

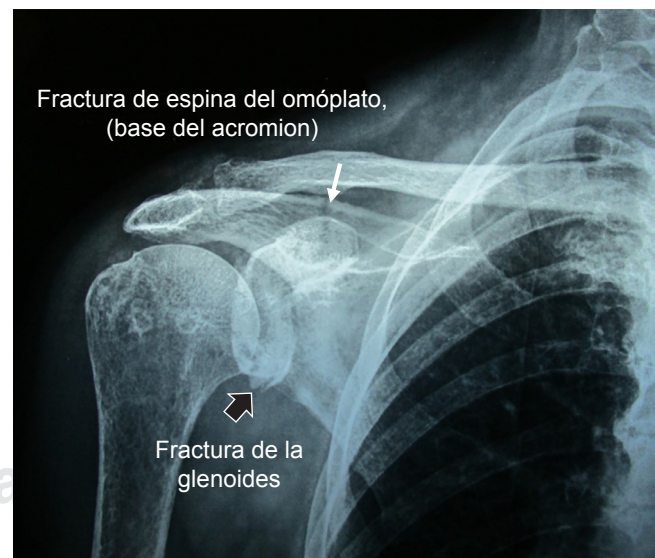


Figura 1: Radiografía anteroposterior de hombro derecho, la cual muestra trazo de fractura no desplazada en espina del omóplato, en base del acromion (flecha) y trazo de fractura de glenoides con desplazamiento menor de 4 mm (flecha negra), en una paciente octogenaria.

* Residente de Traumatología y Ortopedia. Hospital General de León, León, Guanajuato, México.

† Radiólogo. Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

§ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México.

Correspondencia:

Luis Gerardo Domínguez

Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Aceptado: 19-02-2018.

www.medigraphic.com/actamedica



escápula indica que la fractura concomitante de costillas se encontró en 52.9%, fracturas de columna vertebral en 29.1%, lesiones pulmonares en 47.1%, y 13% están asociadas a lesión del plexo braquial con un alto riesgo de lesión de los nervios supraescapular y circunflejo (estos últimos implican problema diagnóstico en etapa aguda pues el dolor impide su adecuada valoración). Por esta razón, los estudios radiológicos sólo de la fractura de escápula implican tres proyecciones básicas⁴ (proyección anteroposterior verdadera, axial del hombro y lateral de escápula), siendo necesarias la radiografía tele de tórax y la tomografía computarizada de tórax para descartar lesiones ocultas.

En general, el manejo de las fracturas de escápula es conservador, como lo demuestra el estudio de Dimitroulias y su equipo,⁵ el cual indica que los resultados con tratamiento conservador son satisfactorios en la escala de DASH, reservándose el manejo quirúrgico a aquellas desplazadas más de 20 mm y con angulaciones mayores de 45°, al igual fracturas intraarticulares de la glenoides con desplazamientos mayores de 4 mm y/o más de 20%

de afección de la superficie glenoidea,⁶ la cual puede ser manejada por artroscopia.⁵⁻⁷

REFERENCIAS

1. Cole AP, Freeman G, Dubin RJ. Scapula fractures. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2013; 6 (1): 79-87.
2. Gottschalk HP, Browne RH, Starr AJ. Shoulder girdle: patterns of trauma and associated injuries. *J Orthop Trauma.* 2011; 25 (5): 266-271.
3. Baldwin KD, Ohman-Strickland P, Mehta S, Hume E. Scapula fractures: a marker for concomitant injury? a retrospective review of data in the national trauma database. *J Trauma.* 2008; 65 (2): 430-435.
4. Anavian J, Conflitti JM, Khanna G, Guthrie ST, Cole PA. A reliable radiographic measurement technique for extra-articular scapular fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469 (12): 3371-3378.
5. Dimitroulias A, Molinero KG, Krenk DE, Muffly MT, Altman DT, Altman GT. Outcomes of nonoperatively treated displaced scapular body fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469 (5): 1459-1465.
6. Jones CB, Sietsema DL. Analysis of operative versus nonoperative treatment of displaced scapular fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469 (12): 3379-3389.
7. Yallapragada R, Patel K, Davuluri P, Sloan A, Marynissen H. Arthroscopy-assisted percutaneous fixation of glenoid fossa fracture. *Int J Should Surg.* 2007; 1: 96-98.