

ENFOQUE DEL MANEJO DE LAS FRACTURA LUXACIÓN DE GALEAZZI



Garrido Díaz, Yanira; Franco Rodríguez, David; Muelas Ortiz, José Antonio; Gutiérrez Rodríguez, Blanca; López Navarro, María del Mar

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La fractura de Galeazzi se compone de una fractura del tercio medio-distal de diáfisis radial asociada a luxación de la articulación radio-cubital distal. Representan el 7% de todas las fracturas de antebrazo, presentando una distribución bimodal, con mayor incidencia en varones jóvenes que sufren traumatismos de alta energía y mujeres ancianas con osteoporosis y traumatismos de bajo impacto.

El diagnóstico se realiza teniendo en cuenta la clínica y las pruebas complementarias, siendo fundamental la radiografía simple AP y lateral de codo y muñeca.

En general, el tratamiento es quirúrgico dado la inestabilidad de la lesión, siendo posible en niños el tratamiento ortopédico con reducción y yeso braquial en supinación durante 6 semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 68 años que tras caída accidental presenta dolor e impotencia funcional en codo y muñeca izquierda. A la exploración física presenta dolor y deformidad sin afectación vasculonerviosa de codo y muñeca.

En la radiografía simple se aprecia luxación radiocubital distal y fractura de 1/3 medio del radio izquierdo.

Se procede a reducción cerrada e inmovilización con férula braquialpalmar dorsal y se completa estudio con TAC que informa de fractura de cabeza de radio, fractura de apófisis coronoidea del cúbito y fractura transversa de diáfisis de radio.

Con todo ello se decide tratamiento quirúrgico mediante abordaje volar de Henry, procediendo a reducción y fijación de la fractura diafisaria transversa de radio con placa de bloqueo y fijación de articulación radiocubital distal con agujas K de 1,8 mm.

Además, se realiza mediante abordaje de Kocher a reinserción de LCL de codo con un arpón. Se comprueba estabilidad mediante la flexo-extensión, y se realiza inmovilización con férula braquiopalmar.



Imagen 1: (Rx AP antebrazo izquierdo): fractura 1/3 medio de diáfisis radial + luxación de ARCD

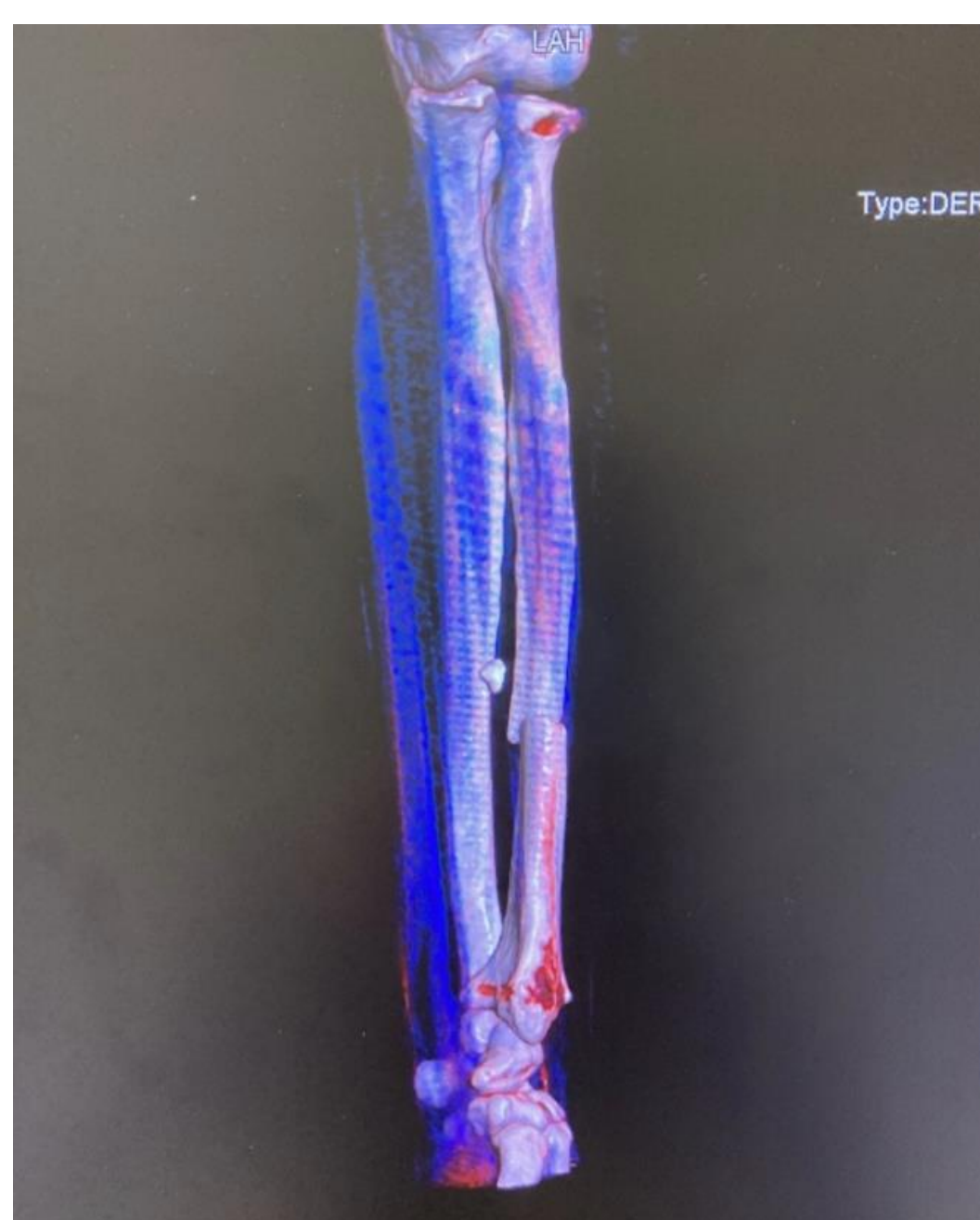


Imagen 2 (TAC antebrazo): fractura de cabeza de radio, fractura de apófisis coronoidea del cúbito y fractura transversa de diáfisis de radio.



Imagen 3 (Rx antebrazo posquirúrgica): reducción abierta y fijación interna con placa LCP y aguja K.

RESULTADOS

El tratamiento generalizado de la fractura de Galeazzi en adultos es quirúrgico, dado que el tratamiento conservador conlleva altas tasas de pseudoartrosis y desplazamientos secundarios.

Primero es necesario corregir la fractura de la diáfisis radial, mediante abordaje anterior de Henry con osteosíntesis con placa DCP y tras ello, se evalúa la estabilidad de la articulación radiocubital distal.

Si no se reduce tras la correcta osteosíntesis del radio, se debe explorar quirúrgicamente, pues es posible que existen tejidos blandos interpuestos, siendo frecuente el tendón del extensor cubital del carpo.

Si se consigue reducción y estabilidad de la articulación radiocubital distal se procede a inmovilización con férula braquial en pronosupinación media durante 3-6 semanas, pero si es inestable, se deberá fijar con dos agujas de Kirschner de cúbito a radio.

CONCLUSIONES

- La fractura-luxación de Galeazzi lo conforman la fractura del 1/3 medio-1/3 distal de diáfisis de radio y luxación de la articulación radiocubital distal
- El tratamiento generalizado, dado la inestabilidad de la lesión, es la reducción abierta y fijación interna con placa en diáfisis de radio y reducción de la luxación radiocubital distal
- Es necesario comprobar la estabilidad de la articulación radiocubital distal tras la reducción de la diáfisis radial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson NP, Smolensky A. Galeazzi Fractures. 2022 Jul 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
2. Alajmi T. Galeazzi Fracture Dislocations: An Illustrated Review. Cureus. 2020;12(7):e936
3. Alajmi TAS, Altuwajiri MS, Alnaqa HH. Chronic Galeazzi Fracture-Dislocation: A Case Report. J Orthop Case Rep. 2020;10(8):37-40