

Fractura tipo Seymour del adulto

Frascella Bracho NC, Guijarro Valtueña A, García Cantarero M, De La Esperanza Rubio J, Rapicano Rico A.

Objetivos

Presentar el caso de una fractura tipo Seymour del adulto



Material y metodología

Varón de 59 años que en el contexto de un accidente de tráfico presentó semiamputación del 5º dedo a nivel de la articulación interfalángica distal (IFD). Durante la exploración quirúrgica se observó herida anfractuosa sobre la IFD con paquete neurovascular radial y la inserción del flexor profundo conservados, se realizó fijación con aguja atravesando la IFD.

Durante el postoperatorio mantuvo una evolución clínica favorable sin signos de infección y controles radiológicos correctos, se retiró la aguja a las 6 semanas y se inició la rehabilitación.

10 semanas tras la cirugía se observó distrofia ungueal con lecho encarcerado acompañado de eritema y escaso exudado de la herida. Consensuada la situación con el paciente, rechaza cirugía reconstructiva y acepta la desarticulación IFD.



Resultados

12 semanas tras la lesión se realiza desarticulación IFD con onicectomía y extracción de la matriz ungueal, ubicada en el foco de pseudoartrosis, se realizó exéresis de los fragmentos de F3, regularización de los cóndilos de F2 y cobertura cutánea.

Se enviaron muestras al laboratorio de microbiología donde se aisló *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente que se cubrió con antibioterapia dirigida.

10 semanas tras la desarticulación mantiene una evolución satisfactoria sin datos de infección.

Conclusiones

La fractura de Seymour, típica de niños y adolescentes, es una fractura tipo Salter-Harris I y II, transversa y metafisaria de la falange distal (FD), provoca flexión de la FD, simulando una deformidad en martillo. Se presenta tras un traumatismo y se acompaña de una herida en la matriz ungueal.

Se denominan fracturas tipo Seymour del adulto a las fracturas extraarticulares de la FD con deformidad en martillo asociadas a una herida.

El tratamiento puede ser conservador con inmovilización (cerradas y no desplazadas) o quirúrgico, en este caso, tras una reducción adecuada, se fija con una aguja retrógrada atravesando la fractura y la IFD, retirándose a las 4 semanas para iniciar la rehabilitación. Ante el riesgo de infección, es importante la profilaxis antibiótica.

Las complicaciones típicas incluyen infección, deformidad ungueal, consolidación viciosa con deformidad en martillo y en niños el cierre prematuro de la fisis.