



FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL SIN PULSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.



Autores: **Garrido Garzón, Pedro**; Portal García, Gonzalo; Patiño Contreras, Jose Luis; Santos Hernández, David; Pérez Núñez, María Isabel.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria – Facultad de Medicina. Santander.

OBJETIVOS

Las **fracturas de húmero proximal** constituyen el 5% del total de fracturas. Una complicación potencialmente grave en este contexto es la afectación de la **arteria axilar** en el foco de fractura, siendo su incidencia del **0.09%**.

Exponer la importancia del conocimiento de la anatomía de la arteria axilar (Figura 1), junto con la correcta y precoz **exploración neurovascular** ante una posible lesión de dicha arteria en las fracturas de húmero proximal.

Revisar los **patrones de fractura y lesiones asociadas** que predisponen a esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de **88 años** que sufre traumatismo sobre brazo izquierdo tras caída desde su propia altura. Anticoagulada con **Edoxaban**.

En urgencias se realiza radiografía: **fractura de húmero proximal izquierdo** con desplazamiento medial de la metáfisis (Figura 2).

A la exploración física **ausencia de pulsos radial y cubital** confirmada con **Eco-Doppler** y **parálisis radial**.

Se solicita **Angio-TAC** urgente confirmándose **estenosis del tercer segmento** de la arteria axilar por compresión de la metáfisis humeral a nivel del foco de fractura (Figura 3).

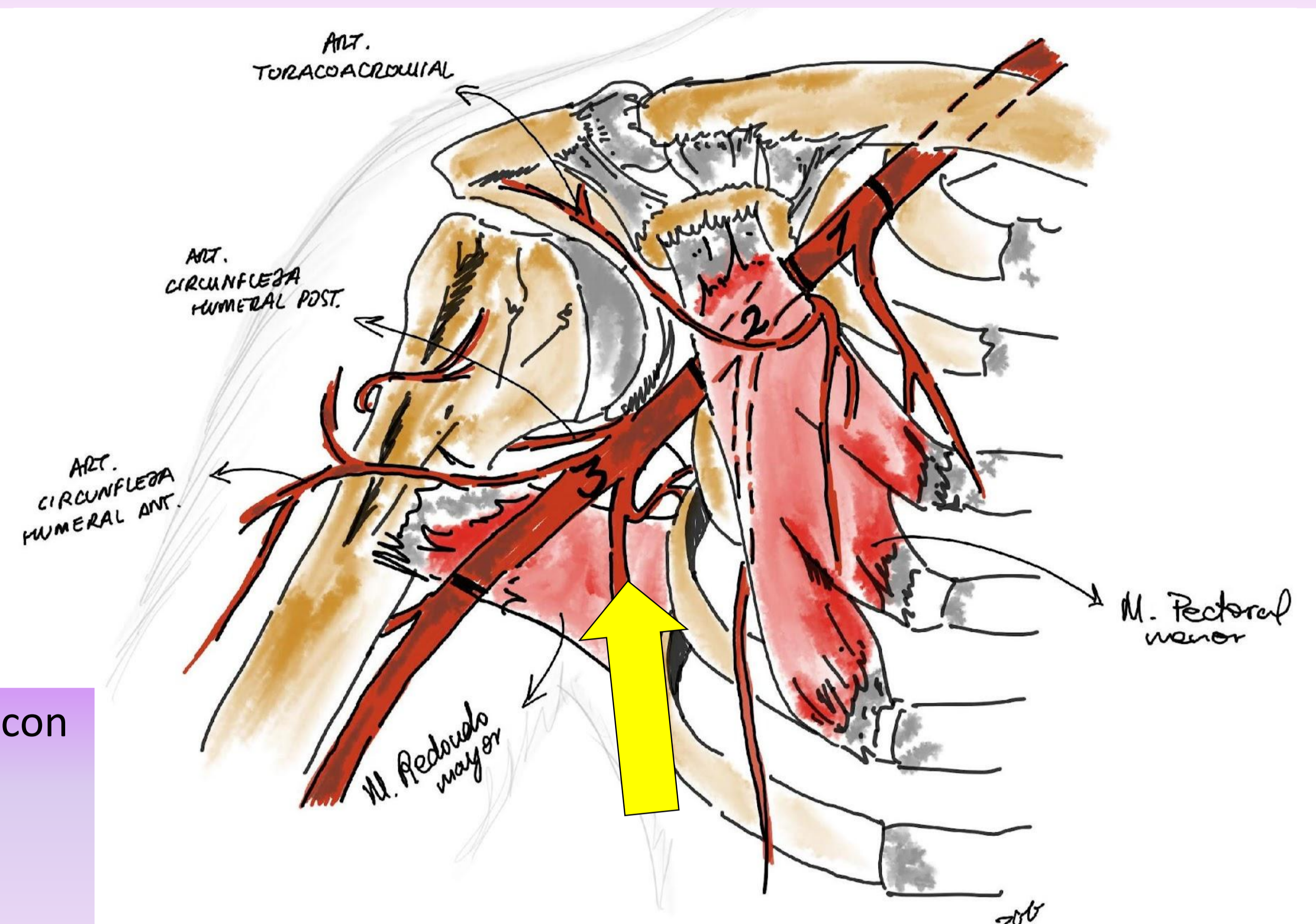


Figura 1. Anatomía. Flecha: segmento tres.

Se realiza reducción cerrada y **fijación percutánea** con agujas de Kirschner (Figura 4) debido al alto riesgo de sangrado por la anticoagulación. Se consigue reducción parcial debido a importante desplazamiento metafisario y conminución del calcar y se comprueba mediante ecografía la permeabilidad de la arteria (Figura 5) y la recuperación de pulsos.



Figura 2. Rx AP.



Figura 3. Angio-TAC.
Flecha: estenosis arteria axilar.

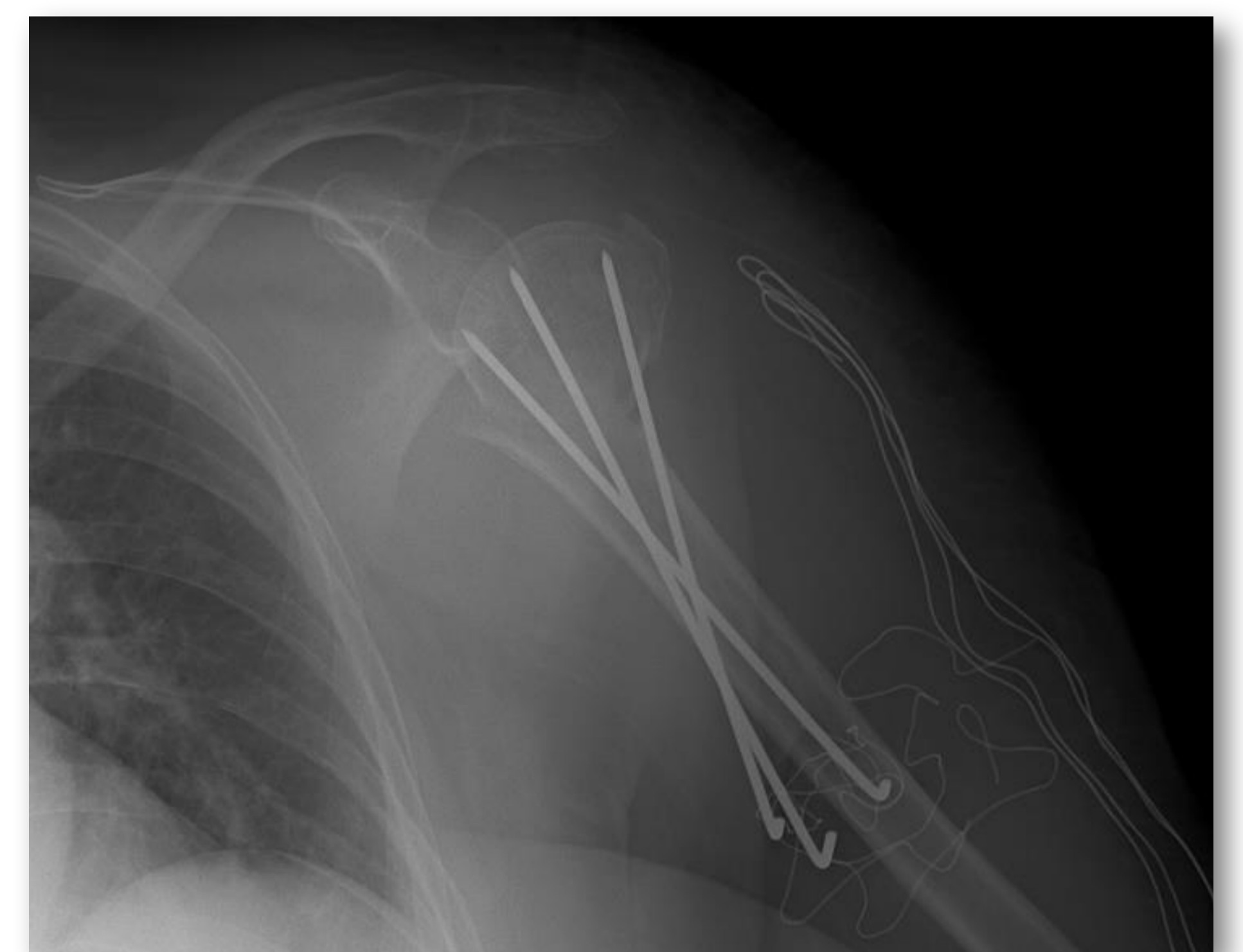


Figura 4. Reducción y estabilización con Kirschner

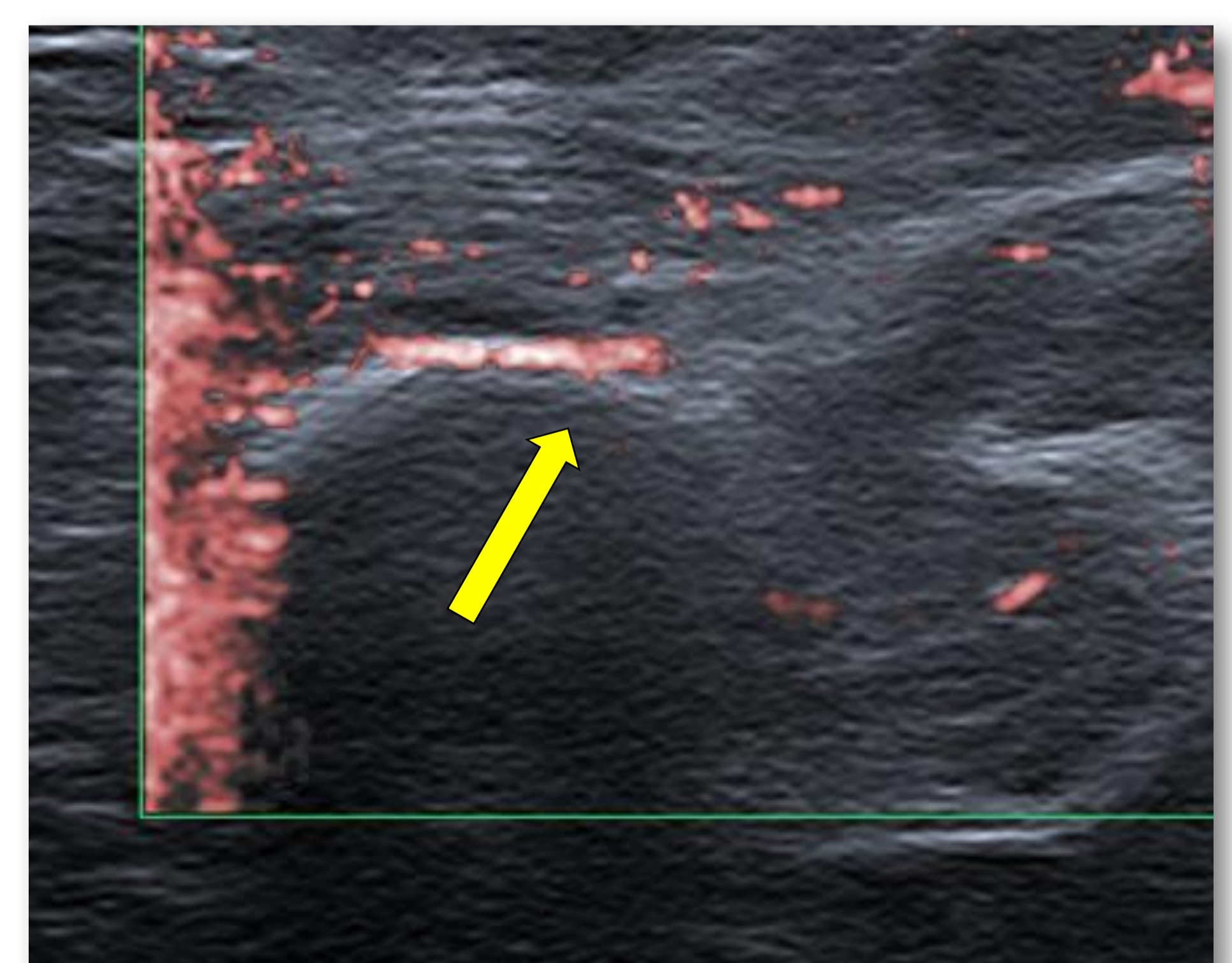


Figura 5. Ecografía- post-operatoria. Flecha: permeabilidad arteria axilar.

RESULTADOS

Debido a alto riesgo anestésico, edad y adecuada funcionalidad de la paciente para ABVD se descarta nueva intervención. Tras 5 meses la paciente se encuentra **asintomática** a nivel vascular con recuperación motora radial completa.

CONCLUSIONES

La lesión arterial axilar es una **complicación muy grave**. El **90%** de las lesiones ocurren en el **tercer segmento por su proximidad al foco** de fractura. Los patrones de fractura con mayor riesgo son aquellos con importante **medialización de la metáfisis** humeral y las **fracturas-luxaciones**. Las lesiones concomitantes del **plexo braquial** pueden aparecer hasta en el **60%** de los casos. Debemos tener un alto índice de sospecha de afectación neurovascular incluso en presencia de pulsos distales, ante una fractura desplazada del húmero proximal.