

11245

7
Zey



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
I. S. S. S. T. E.

**GRADO DE REHABILITACION EN PACIENTES CON
FRACTURA DE COLLES TRATADAS MEDIANTE
REDUCCION CERRADA**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

P R E S E N T A :
DR. ANDRES CALDERON ORTIZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

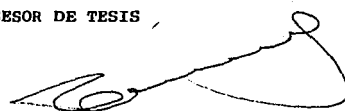
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

I.S.S.S.T.E.

"GRADO DE REHABILITACION EN PACIENTES
CON FRACTURA DE COLLES TRATADAS
MEDIANTE REDUCCION CERRADA".


DR. FAUSTO ADOLFO BALTAZAR IBARRA
TITULAR DEL CURSO DE ORTOPEDIA Y
Y TRAUMATOLOGIA DE POSTGRADO.


DR. RAMIRO MILLAN MOTA
MEDICO ADSCRITO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
ASESOR DE TESIS


DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
JEFE DE SERVICIO DE ENSEANZA E
INVESTIGACION.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA

RECIBIDO
NOV. 15 1994

RECTORIA DE LOS SERVICIOS DE
ENSEANZA E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL.
MEDICA GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ
CENTRO DE REHABILITACION

AGRADEZCO A MIS PADRES:
ANGEL (+) Y RICARDA
POR SU APOYO INCONDICIONAL
DURANTE TODA MI VIDA Y
CAMINO A LA ESPECIALIDAD.

A MI ESPOSA: ALEJANDRA,
POR SU AMOR, APOYO Y COMPRENSION

A MIS HIJAS: JACQUELINE, NANCY Y
MI PEQUEÑA ANDREA, POR SER EL
INSENTIVO A MI SUPERACION.

A MI FAMILIA EN GENERAL POR SU APOYO.

A MIS SUEGROS: SR. LAZARO Y SRA CONCEPCION
POR SU GRAN AYUDA DURANTE TODA MI CARRERA
PROFESIONAL.

MI ETERNO AGRADECIMIENTO Y
ADMIRACION A MIS MAESTROS:

DR. FAUSTO ADOLFO BALTAZAR IBARRA
DR. CARLOS JUAN BARRADAS Y PARDO
DR. ABELARDO CELIS PINEDA
DR. DANIEL ISMAEL LINARES PALAFOX
DR. RAMIRO MILLAN MOTA
DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA

MI AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL DR. FAUSTO ADOLFO
BALTAZAR IBARRA POR SUS PEQUEÑOS GRANDES CONSEJOS
COMO MAESTRO, AMIGO Y PERSONA.

MI AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL DR. ZACARIAS
VELAZQUEZ GUERRA POR SER UNA GRAN PERSONA, QUE
MOSTRO GRAN INTERES POR LA ENSEÑANZA.

AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL A MIS COMPANEROS
RESIDENTES POR SU AMISTAD Y ENSEÑANZA, FORMANDO
PARTE DE MI FORMACION DESDE EL PUNTO DE VISTA
HUMANO Y MEDICO:

DR. MIGUEL ANGEL MUNOZ
DR. GONZALO VANEGAS
DR. HUGO CHAVEZ
DRA, PAULA RODRIGUEZ
DR. ABELARDO CELIS
DR. HUMBERTO A. MARTINEZ
DR. VICTOR H. MEJIA
DR. ANTONINO TRUEBA
DR. MARTIN H. RAMOS
DR. PORFIRIO VICHI
DR. ENRIQUE ABRIL
DR. FERNANDO VENTURA
DR. ENRIQUE HERRERA
DR. JUAN CARLOS ARROYO
DR. JOSE LUIS DE LA TORRE
DR. AURELIANO PEREZ

G R A C I A S

S U M M A R Y

A study on fifty patients who presented Colles fracture has been realized, all of the patients were treated and diagnosed on General Hospital "Dr. Dario Fernández Fierro", with an investigation term of three months-- to evaluate their consolidation and other three subsequent months for their rehabilitation, with satisfactory results presenting principally Colles fracture type I and II (FRYKMAN).

From the original fifty patients, six re-iterated the study and the forty-four remaining concluded it, with a minimal alteration of mobility which didn't affect patients' normal activities. All patients were between fifty to eighty years old.

Concluding; the casuistical of Colles fracture seen on General Hospital "Dr. Dario Fernández Fierro" can be treated on conservative form by close reduction, for Hospital's characteristics.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio en pacientes que presentaron fractura de Colles siendo en total 50 pacientes, los cuales fueron tratados y diagnosticados en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro; con un seguimiento de 3 meses para valorar su consolidación y 3 meses posteriormente para su rehabilitación.

Con resultados satisfactorios, presentándose principalmente fractura de Colles tipo I y II (FRYKMAN).

En el estudio, 6 pacientes lo abandonaron y 44 lo concluyeron dando una movilidad con mínima alteración, que no afecta las actividades de los pacientes, presentándose principalmente entre los 50 y 80 años.

Concluyéndose que la casuística de la fractura de Colles en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro pueden ser tratadas en forma conservadora mediante reducción cerrada, por las propias características del hospital.

I N D I C E

1).- INTRODUCCION	1
2).- OBJETIVOS.....	13
3).- MATERIAL Y METODOS.....	14
4).- RESULTADOS	25
5).- DISCUSION.....	36
6).- CONCLUSIONES.....	37
7).- BIBLIOGRAFIA.....	38

I N T R O D U C C I O N

LA FRACTURA DE COLLES Es una de las producidas en pacientes de la 5a. decada de la vida en adelante con -- una incidencia mayor en las mujeres ya que ha esta edad se presenta una desmineralización generalizada secundaria a cambios hormonales y vida sedentaria.

Por consiguiente el paciente masculino la presenta en menor grado, presentando una frecuencia 4:1 mujeres y hombres respectivamente, se iguala la incidencia con el sexo masculino en la 6a decada de la vida.

En estudios previos realizados por WERLEY distinguen como importantes las fracturas intraarticulares y extraarticulares enfatizando a FRYKMAN, tomando como importante el, acortamiento del radio, lesión de la ápofisis estiloides del radio, segmento dorsal medial y segmento palmar medial.

Se han tratado de forma conservadora las fracturas de colles estables ó extraarticulares y en forma quirúrgica las fracturas de colles inestables ó intraarticulares mediante fijación interna.

En el presente trabajo se trata de evaluar la casuística de fractura de Colles y su tipo en el Hospital Dr. Dario Fernández Fierro con tratamiento conservador mediante reducción cerrada y inmovilización mediante aparato de yeso braquialpalmar y control radiográfico ---

mensual teniendo en cuenta los siguientes grados de con
solidación:

TIPO I.- Calcificación provisional I
(Periostal ó periférica)

Tipo II.- Calcificación provisional II
(Endostal ó medular)

Tipo III - IV.- Fase de remodelación del callo
(Osificación directa definitiva).

Posteriormente: Se inicia la rehabilitación median-
te ejercicios activos y pasivos, mediante la medición --
de los arcos de movilidad, principalmente en flexión, ex-
tensión, lateral cubital, lateral radial y circunducción.

En estudios realizados se hace notar la importan-
cia del ángulo radiocarpal (23° en promedio) y el ángu-
lo carpal palmar (11° en promedio).

A N T E C E D E N T E S

En etapas previas el tratamiento de la fractura de Colles se realizaba por medio de reducción cerrada, sin - tomar en cuenta el tipo de fractura, si era estable---- ó inestable.

Siendo los resultados desfavorables por el número de complicaciones que se presentaban, siendo las principales las siguientes: NEUROPRAXIA DEL MEDIANO, DEL RADIAL, Y DEL CUBITAL, Sin olvidar la lesión que ocasionalmente - se ha presentado como atrofia y en ocasiones ruptura del tendón del supinador largo por la posición extrema ---- (COTTON-LADRE), con desviación cubital con ligera pronación, y mediante la inmovilización con el aparato de yeso puede llegar a presentarse una ISQUEMIA DE VOLKMAN.

En estudios realizados han mostrado de las complicaciones se han presentado mas frecuentemente en las --- fracturas que fueron reducidas mediante manipulación y inmovilizadas con aparato de yeso, que las inmovilizadas con fijadores externos clavillos ó reducción abierta

Por tal motivo es importante conocer la anatomía, fisiología y mecanismo de lesión.

En este trabajo se pretende evaluar y demostrar que la casuística que existe en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro de la fractura de Colles, se puede -

tratar en forma conservadora, presentando una rehabilitación aceptable acorde con los arcos de movilidad presentados según la actividad que realicen.

Realizandose una reducción cerrada (COTTON-LADRE---MODIFICADA), en un periodo comprendido entre Enero a Septiembre de 1994, tomando en cuenta que se inmovilizaron medianete aparato de yeso braquipalmar con flexión palmar y desviación cubital por un periodo que varia entre 10-12 semanas hasta tener un grado de consolidación III-IV y posteriormente una rehabilitación en forma pasiva -- y activa en los principales arcos de movilidad, por un periodo de 12 semanas.

A N A T O M I A

Desde el punto de vista anatómico se debe de considerar como importante lo que conforma la estructura de la muñeca, con una estructura básica como lo es el sistema oseo, otro otorgando estabilidad, como lo es el sistema ligamentario, con músculos para la realización de la función siendo principalmente extrínsecos.

Con articulación importante como la Radiocarpiana, en forma secundaria la mediocarpiana y otra no menos importante como la articulación Radiocubital distal que -- ayuda a dar configuración y evita la posibilidad de desplazamiento central del hueso semilunar y posteriormente

el hueso grande alterando la estructura fundamental del carpo.

En la fractura de Colles se altera el sistema oseo, como son la fractura del radio, fractura del ápofisis --- estiloides del cubito y lesión ligamentaria de la articulación Radiocubital distal, en ocasiones la fractura es multifragmentaria, alterandose la congruencia articular-- con alteraciones de la hilera proximal del carpo (escafo ides, semilunar, piramidal y pisiforme) en ocasiones con hundimiento del semilunar.

Los grupos musculares y ligamentarios son importantes por la función que realizan, movilidad y estabilidad, respectivamente ; los ligamentos que dan marco a la muñeca son el Colateral cubital y colateral radial. los músculos extrínsecos que dan la flexión son principalmente el PALMAR MAYOR, inervado por el NERVIO MEDIANO (C7) y el CUBITAL ANTERIOR, Inervado por el NERVIO CUBITAL (C8), con una sensibilidad de la cara antero-lateral, posterolateral incluyendo primer y segundo dedo (C6) CON reflejo de supinador Largo (C6).

La extensión se encuentra dada por el primero y segundo radial (C6) y en Cubital posterior (C7) Directamente del nervio Radial, con sensibilidad proveniente de (C6 y C8) Con reflejo del supinador largo (C6) Y Extensión de la muñeca.

La irrigación arterial se encuentra dada por la --
arteria Cubital posterior y arteria radial con un arco
anterior trasverso del carpo.

El drenaje venoso se realiza mediante la vena cu-
bital y la vena radial.

F I S I O L O G I A

Desde el punto de vista fisiológico los arcos de -
movilidad normal son los siguientes:

FLEXION PALMAR : 85°

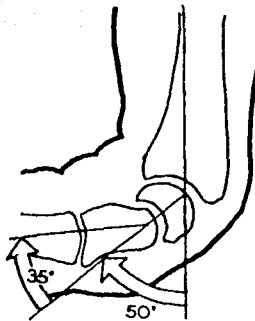
EXTENSION: 85°

ABDUCCION: (INCLINACION RADIAL) 15°

ADUCCION: (INCLINACION CUBITAL) 45°

La amplitud de los movimientos disminuyen cuando
la muñeca se encuentra en pronación.

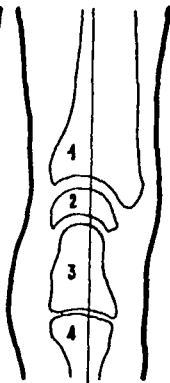
La suma de los arcos de movilidad dan origen a una
figura como una piramide truncada que es el movimiento
de CIRCUNDUCCION.



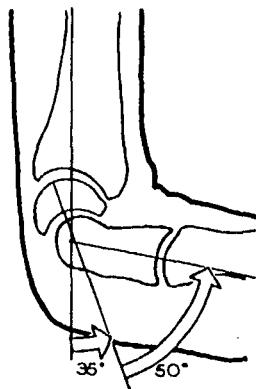
FLEXION ; 85°

ARTICULACION
RADIOCARPIANA : 50°

ARTICULACION
MEDIOCARPIANA : 35°



NEUTRA

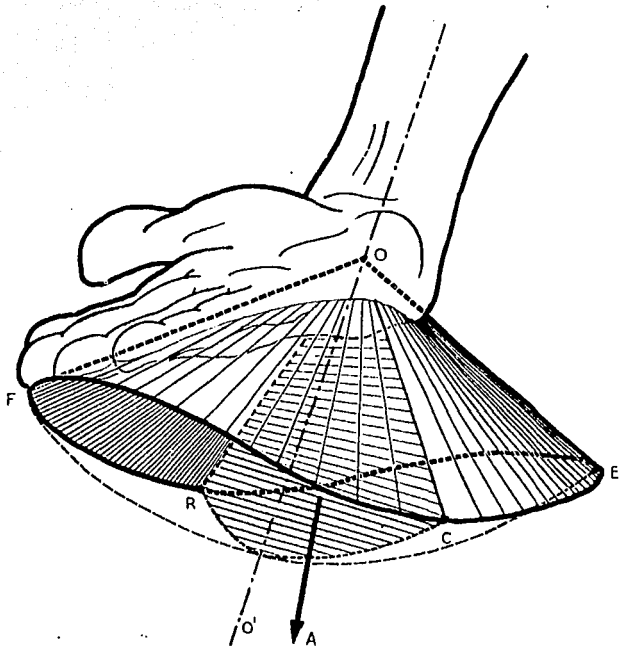


EXTENSION: 85°

ARTICULACION
RADIOCARPIANA: 35°

ARTICULACION
MEDIOCARPIANA: 50°

C I R C U N D U C C I O N



FRACTURA DE COLLES

La fractura de Colles es una de las fracturas del tercio distal del antebrazo con deformidad en tenedor con desviación dorsal de la muñeca y mano con desviación palmar de región metafisiaria proximal de antebrazo.

Afecta principalmente la región metafisiaria del radio, con o sin alteraciones del cubito con trazo intra articular ó extraarticular, siendo estables ó inestables

ETIOLOGIA

La fractura de Colles se presenta mas comunmente - el hueso osteoporotico, en mujeres postmenopausicas con una frecuencia entre 60-70% de las fracturas y en edad de la 5a. decada en adelante.

En personas jovenes la fractura de Colles se asocia con fractura de escafoides.

En niños la fractura de Colles se asocia con lesión del disco epifisiario.

M E C A N I S M O D E L E S I O N

La fractura de Colles esta dentro de las comprendidas dentro de las del tercio distal de antebrazo junto con las fracturas de Smith y Barton.

La fractura de Colles se produce mediante un mecanismo de caida con eje de carga sobre mano extendida, hiperextensión energica con antebrazo y muñeca en pronación, ocasionado fractura del hueso subcondral esponjoso

C L I N I C A M E N T E

La fractura de Colles se presenta con:

- a).-Acortamiento del radio
- b).-Inclinación dorsal
- c).-Desviación radial del fragmento distal del radio.

D I A G N O S T I C O

Este se realiza desde el punto de vista clínico y radiologicamente, siendo las fracturas estables ó inestables.

CLASIFICACION DE FRYKMAN

- I.- FRACTURA EXTRAARTICULAR DEL RADIO, CUBITO - NORMAL.
- II.- FRACTURA EXTRAARTICULAR DE RADIO CON FRACTURA DE CUBITO.
- III.- FRACTURA DE RADIO INTRAARTICULAR SIN FRACTURA DE CUBITO.
- IV.- FRACTURA DE RADIO INTRAARTICULAR Y FRACTURA DE CUBITO.
- V.- FRACTURA INTRAARTICULAR DE RADIO, LESION DE LA ARTICULACION RADIO CUBITAL DISTAL, SIN FRACTURA DE CUBITO.
- VI.- FRACTURA INTRAARTICULAR DE RADIO, LESION DE LA ARTICULACION RADIO CUBITAL DISTAL CON FRACTURA DE CUBITO.
- VII.- FRACTURA RADIO CARPAL INTRAARTICULAR Y RADIO CUBITAL DISTAL SIN FRACTURA DE CUBITO
- VIII.- FRACTURA RADIO CARPAL INTRAARTICULAR Y RADIO CUBITAL DISTAL CON FRACTURA DE CUBITO

O B J E T I V O S

1.- GENERAL:

Mostrar el grado de rehabilitación en pacientes con fractura de Colles tratados mediante la reducción cerrada, haciendo notar que se puede evitar los riesgos que representa una cirugía así reducir el tiempo quirúrgico.

2.- ESPECIFICO:

- a).- Valoración de fractura de Colles en su consolidación mediante control radiográfico.
- b).- Verificar la consolidación para poder iniciar la rehabilitación.
- c).- Valorar los arcos de movilidad activos y pasivos de la articulación radiocarpal.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se tomaron en cuenta los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro, en donde se diagnosticaron clínicamente y radiográficamente fracturas de Colles, en pacientes sin límites de edad, ni sexo, siendo tratados mediante reducción cerrada y manipulación con método de COTTON-LADRE MODIFICADO, y control radiográficamente posteriormente.

Se examinaron 50 pacientes de los cuales 6 pacientes abandonaron el estudio, del resto de pacientes 10 pacientes eran masculinos (23%) y 34 pacientes eran del sexo femenino (77%) entre los que fluctúan entre (30-90a) en promedio 60 años.

Mostrando grado de movilidad normal ó con alteraciones mínimas, en 22 pacientes presentaron mínima alteración (50%), con moderada alteración 22 pacientes (50%). Haciendo notar que no existe limitantes para realizar sus actividades diarias ya que son pacientes entre la 5a - 7a década de edad con una vida sedentaria.

Le hace énfasis en la técnica de Cotton Ladre y posteriormente la que se realiza (modificada).

Se hace notar que las fracturas que se manejaron fueron del tipo 1 y 2 de la clasificación de Frykman y solo una del tipo 3.

Existen cambios postreducción, habiendo reabsorción del sitio de la fractura con el consiguiente acortamiento del radio.

En la inmovilización hay que evitar posiciones --- extremas de pronación y flexión, con desviaciones cubitales (POSICION COTTON-LODER), puede ocasionar NEUROPATIA POSTREDUCCION Y SINDROME HOMBRO-MANO.

La deformidad se agrava por la pronación forzada, que acetua mas la traccion deformante del supinador largo, sobre el fragmento distal.

Las fracturas multifragmentadas e inestables, se -- reduce mediante la fijación con clavillos a través del -- extremo distal del radio, esto es útil para corregir la ruptura de la articulación radiocubital distal con acortamiento del radio, en esta circunstancia hay que evitar la inserción de los clavillos a través de la mano, pudiendo ocasionar un síndrome hombro-mano por desuso del extremo recalcitrante ó a un síndrome oculopalmar.

Se le indicara al paciente los ejercicios y movilidad activa de los dedos y del hombro evitando el cabeztrillo.

RADIOGRAFICAMENTE: La apofisis estiloides del radio se extiende un cm. mas que la apofisis estiloides del cubito.

La cara articular del radio se proyecta hacia el cúbito entre $15-30^{\circ}$ (promedio 23°), con una inclinación radial de $1-23^{\circ}$ (promedio 11°).

METODO DE REDUCCION CERRADA:

(POSICION DE COTTON-LODER)

- 1.- Tracción digital
- 2.- flexión del codo en ángulo recto
- 3.- Antebrazo en posición neutra
- 4.- Contratracción con un cabestrillo de muselina y un balde de agua.
- 5.- Tracción durante 5 min, se menciona que con 5 K

En el pulgar se ejerce la fuerza de tracción para la reducción, colocándose posteriormente para su inmovilización, pinzas de azúcar (**METODO DE MILLER**), con la muñeca en rotación neutra con ligera flexión.

OTRA ALTERNATIVA DE REDUCCION CERRADA: se realiza anestesia local, y se realiza tracción con las manos en región proximal y distal al trazo de fractura.

Mediante la flexión y la pronación se reducen los fragmentos diales.

El manejo postreducción se realiza mediante la colocación de ferulas para mantener y vigilar la circulación, manteniendo el miembro torácico elevado con movilidad activa de los dedos durante las primeras 24 Hrs. se tomarán radiografías 5 a 10 días posteriormente, después en forma mensual.

FRACTURAS CONMINUTAS: La reducción se realiza mediante fijación con un clavo a través de la apofisis estiloides del radio, los ligamentos ayudan a mantener la reducción de las fracturas.

COMPLICACIONES:

Puede haber pérdida de la movilidad de los dedos y disminución de la fuerza de presión por el edema y lo debilitado por el desuso.

Se puede presentar deformidad de la muñeca y limitación de la rotación cuando se fija con un clavo en el radio; en el 3% se presenta lesión del nervio mediano, pudiendo ser transitoria ó no, cuando se usa la posición de Cotton-Ladre, se tendrá como compromiso el revisar el nervio radial, cubital y mediano antes y después de la reducción, el edema puede ocasionar un síndrome compartamental, puede ocasionar una consolidación viciosa con la presencia de una deformidad fracturaria, teniendo como principal causa la ruptura de la articulación

radiocubital distal, se puede solucionar con la resección de la parte distal del cubito, posteriormente se puede realizar osteotomía correctora para corregir el ángulo dorsal persistente.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS DE ----
COLLES SE REALIZA CUANDO:

Se encuentre el radio aplastado, acortamiento ra---
dial y en pacientes jóvenes.

esto se puede realizar mediante la colocación de
clavillos de kisser, teniendo como importancia primor---
dial la reconstrucción de la carilla articular, teniendo
como otra alternativa el usar los fijadores externos .

En el paciente anciano se puede realizar medianete
reducción cerrada y un clavillo incluido en el aparato
de yeso para dar distancia, incrustado en la ápofisis
estiloides del radio , para minimizar el colapso y acor-
tamiento radial, con inmovilización en posición neutra.

Las fracturas conminutas . se realiza mediante la
colocación de clavo de Steiman de 2.4 mm insertandose
transversalmente a través del cubito proximal y distal al
olecranon; el segundo clavo se inserta a través de la ba-
se del 2o y 3o metacarpiano, este clavo permanecerá du-
rante 8 semanas, si se retira antes se puede colapsar el
radio.

Son útiles los fijadores externos, mediante tracción

encontrándose el 31% de las neuropraxias persistentes, artritis radiocarpianas ó radiocubitales con consolidaciones viciosas.

CONNEY:Recomienda los fijadores externos en los casos de tipo V,VI,VII Y VIII de FRYKMAN,con ángulo dorsal de 25°,con acortamiento radial de mas de 10 mm ó con gran número de fragmento conminutos en forma intra-articulares.

EL METODO DE COTTON-LADRE-MODIFICADA.

Este método fue utilizado en el presente estudio siendo conocido como sigue:

La fractura de colles presenta acortamiento del radio, puede o no presentar fractura del cubito, en la reducción lo importante es la distancia que se le da al radio, y carilla articular con un ángulo radio carpal aceptable.

Esto se realiza con la técnica de Cotton- Ladre modificada:

* Que es principalmente tracción y manipulación cerrada. La tracción se realiza en eje radial mediante una fijación radial a nivel del primer dedo sostenida por un espacio de 5 minutos, así dando distancia al radio.

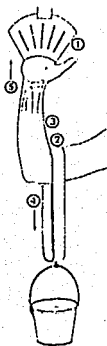
Teniendo una contratracción a nivel de húmero en una barra colocada en la pared.

La manipulación es mediante maniobras que se encaminan a la reducción de la fractura, primero prolongando el eje de cargo de la fractura así la cara dorsal del radio, posteriormente mediante tracción sostenida se realiza flexión palmar y desviación cubital -- inmovilizándose mediante la colocación de aparato de yeso braquipalmar con las desviaciones antes mencionadas así como el control radiográfico posterior, la maniobra se realizó hasta en dos ocasiones cuando el control radiográfico de la primera no fue satisfactorio.

rio.

Con control postreducción, en una semana y mensualmente, hasta llegar a la consolidación grado III ó IV y rehabilitación consecutiva hasta los seis meses; (tres meses para consolidación ósea y tres meses en rehabilitación verificando los arcos de movilidad posteriormente).

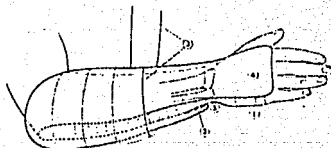
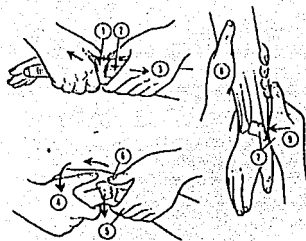
Las indicaciones postreducción son específicas a vigilar circulación y sensibilidad distal indicando mantener el miembro toraxico afectado elevado, con movilización activa de los dedos, con indicaciones de acudir al servicio de urgencias en caso de un cambio en la coloración y en la sensibilidad.



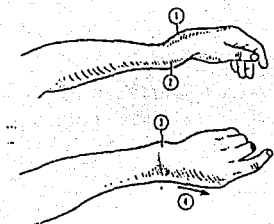
**METODO DE REDUCCION
(COTTON-LADLE)**



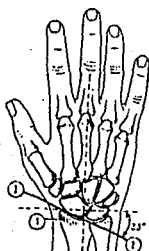
**REDUCCION CERRADA
MANIOBRA BIMANUAL**



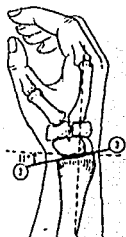
**INMOVILIZACION MEDIANTE
PINZAS DE AZUCAR**



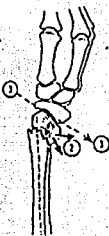
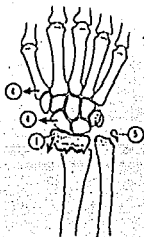
ASPECTO CLINICAMENTE



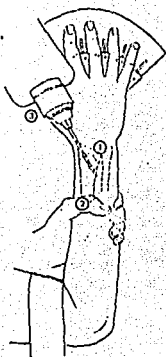
ANGULO RADIOCARPAL Y



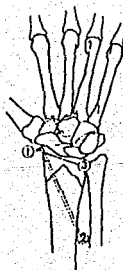
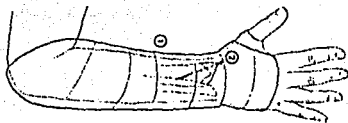
ANGULO RADIAL



ASPECTO RADIOGRAFICO DE UNA FRACTURA DE COLLES



METODO DE FIJACION MEDIANTE
LA COLOCACION DE CLAVILLO
Y INMOVILIZACION POSTERIOR.



RESULTADOS:

Los resultados muestran una casuística importante dentro del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro en lo correspondiente a la FRACTURA DE COLLES.

La muestra que es más frecuente en mujeres 4:1 -- que en hombre con un total de 44 pacientes, mujeres 34 (77%) y hombres 10 (23%), con edades que fluctúan -- entre 30 y 90 años con una media de 60 años.

Tomando en cuenta que el miembro torácico afectado fue como sigue: El derecho 23 (52%) el izquierdo 21 (48%).

Valorando la actividad del paciente dentro del trabajo se plantearon los siguientes parámetros: Trabajadores, jubilados y otros (esposas, madres u otro familiar) con los siguientes resultados: Trabajadores 18 (40%) jubilados 6 (15%) y otros 20 (45%).

En lo consiguiente a las alteraciones en la movilidad se evaluaron como: Leve, Moderada, severa; siendo los resultados los siguientes para la movilidad ACTIVA Leve 24 (55%), Moderada 20 (45%) Severa 0 (0%).

Los movimientos PASIVOS con los siguientes resultados: Leve 23 (52%) moderado 21 (48%) y severo 0 (0%). Los resultados de la rehabilitación en los siguientes arcos de movilidad son: Flexión, extensión, lateralización radial, lateralización cubital y circunducción, -

los resultados fueron los siguientes:

Flexión: Leve 24 (55%), moderado 20 (45%) severo 0 (0%).

Extensión: Leve 23 (52%), moderado 21 (48%), - - severo 0 (0%).

Lateral radial: Leve 24 (55%), moderado 20 (45%) severo 0 (0%).

Lateral cubital: Leve 25 (57%), moderado 19 (43%) severo 0 (0%).

Circunducción: Leve 22 (50%), moderado 22 (50%), severo 0 (0%).

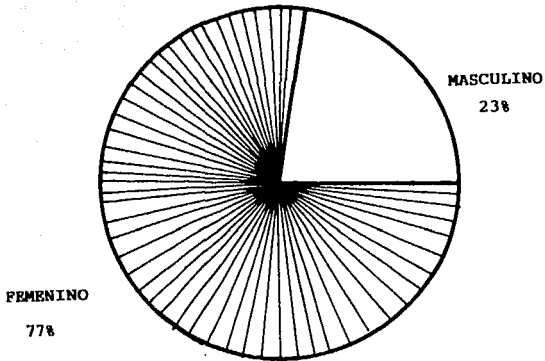
SE hace constar que seis pacientes abandonaron el control más los 44 que terminaron dan un total de 50 - pacientes que iniciaron el estudio.

VARIABLES Y UNIDAD DE MEDIDA

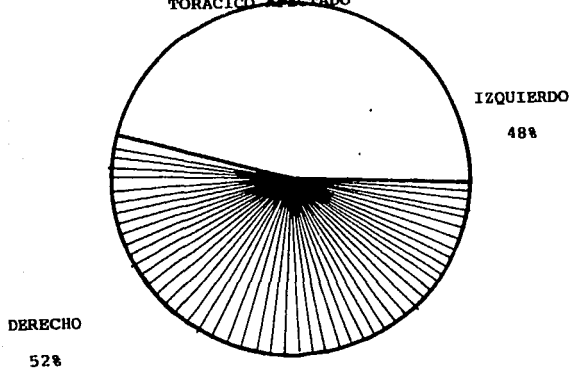
	FLEXION	EXTENSION	ABDUCCION	ADUCCION
NORMAL	85°	85°	15°	45°
LEVE	50-75°	50-75°	10-14°	30-45°
MODERADO	20-50°	20_50°	5-10°	15-30°
SEVERO	0-20°	0-20°	0-5°	0-15°

* CIRCUNDUCCION: ES LA CONJUGACION DE TODOS LOS -
ARCOS DE MOVILIDAD.

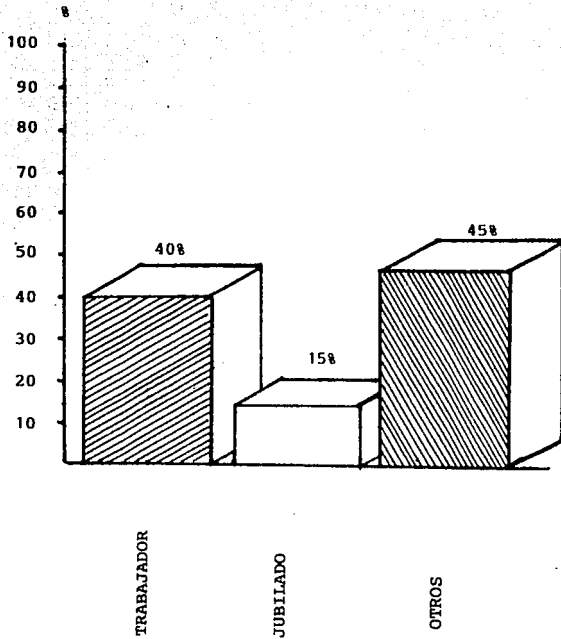
DISTRIBUCION POR SEXO



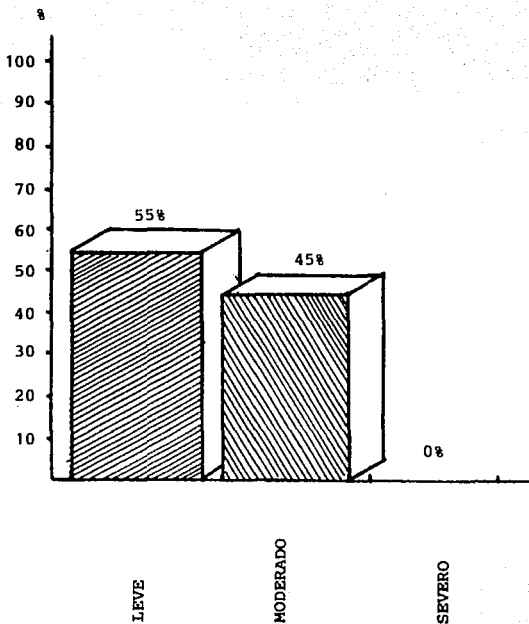
DISTRIBUCION POR MIEMBRO
TORACICO AFECTADO



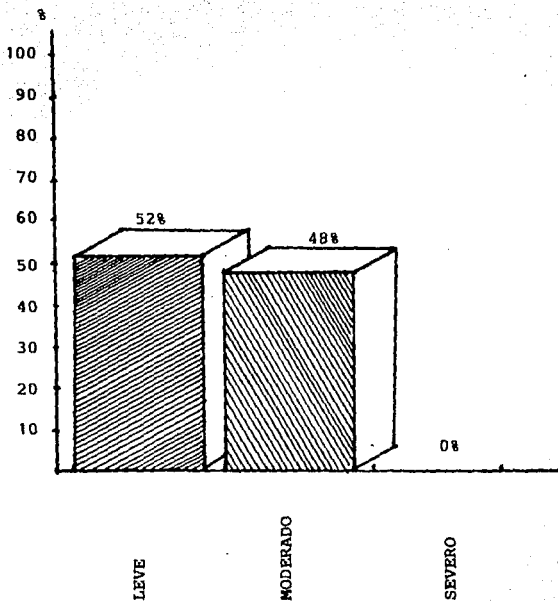
O C U P A C I O N



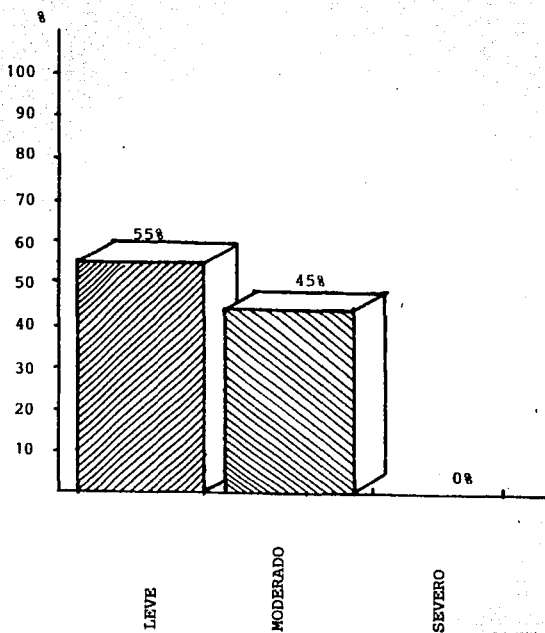
MOVILIDAD ACTIVA



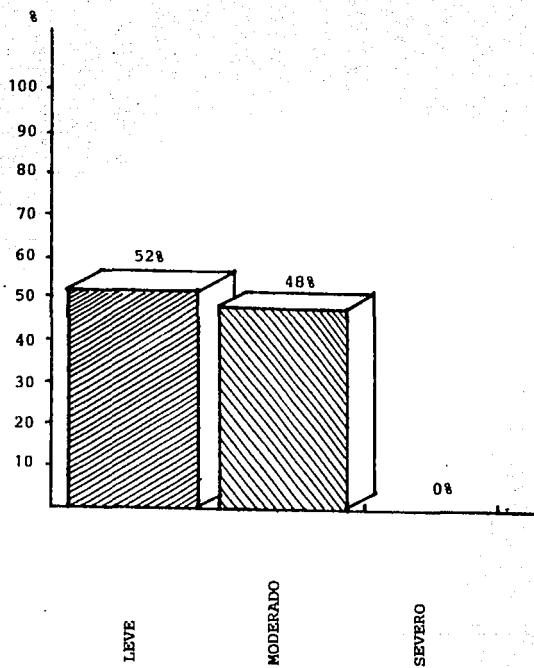
MOVILIDAD PASIVA



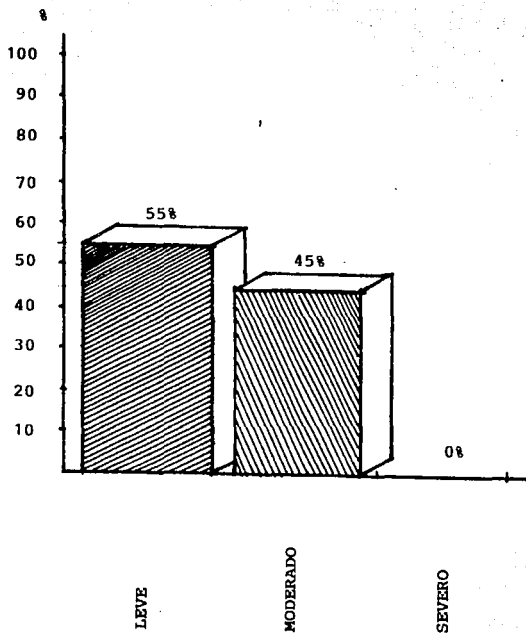
FLEXION



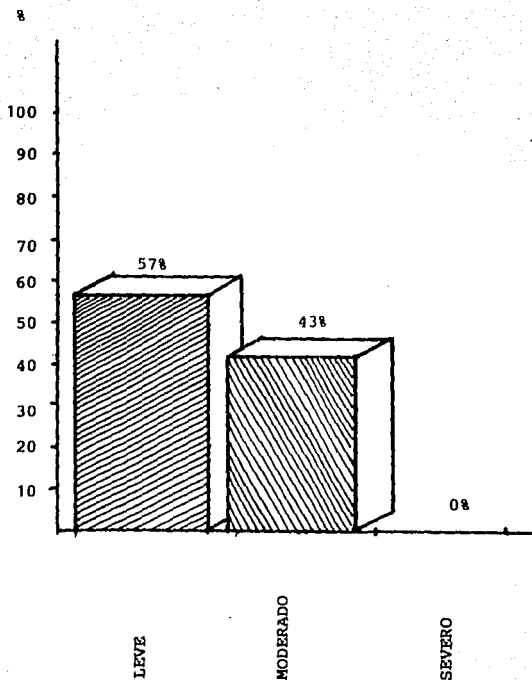
E X T E N S I O N



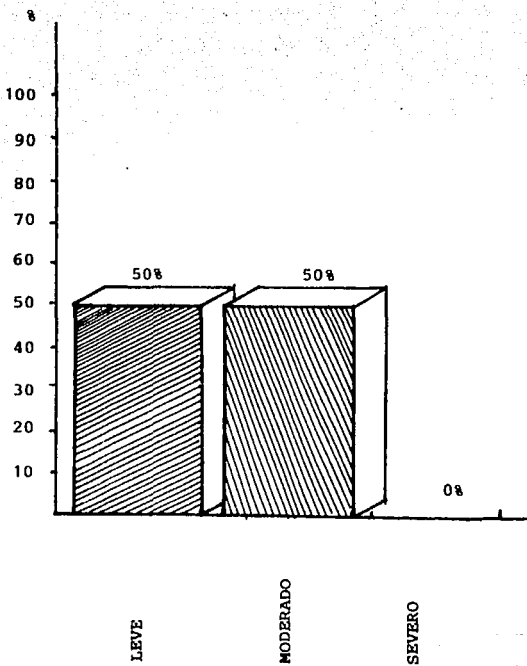
LATERALIZACION RADIAL



LATERALIZACION CUBITAL



CIRCUNDUCCION



D I S C U S I O N

Tomando en cuenta que la fractura de Colles segun la clasificación de Frykman, se tiene dos grandes grupos que son los intraarticulares y los extraarticulares que dan la pauta para su tratamiento.

Las intraarticulares con lesión del cubito y la articulación radiocarpal y articulación radiocubital distal, son generalmente quirúrgicas para una buena congruencia articular.

El Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro es un hospital principalmente ortopédico y no traumatológico notándose en los resultados del estudio haciendo constar que las fracturas de Colles que se trataron fueron principalmente del tipo I, II, de Frykman, en contraste con la casuística de la Clínica Mayo donde la frecuencia fue de las fracturas de Colles tipo V, VI y VII de Frykman con tratamiento quirúrgico, siendo en el Hospital Dr. Dario Fernández Fierro tratamiento en forma conservadora mediante reducción cerrada con buenos resultados.

CONCLUSIONES

1.- El método de Cotton Lody modificado usado en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro presentándose una casuística de fractura de Colles tipo I y II con buenos resultados usando este método.

2.- Con esto se establece la característica del hospital, ya que la casuística indica que principalmente te ortopédico y no traumatológico en comparación con las fracturas que presentan la Clínica Mayo y su tratamiento principalmente quirúrgico.

3.- En la fractura de Colles tipo I y II de Frykman pudiéndose evitar el tratamiento quirúrgico, siendo aceptable mediante la reducción cerrada y una rehabilitación adecuada y así evitar las neuropraxias del mediano, radial ó cubital y el síndrome hombro-mano.

4.- Se demuestra que los pacientes por su edad y tipo de fractura, el tratamiento mediante reducción cerrada siendo el manejo conservador.

5.- En el tratamiento de las fracturas de Colles se tomaran en cuenta el tipo según la clasificación de Frykman, siendo en tratamiento en forma individual.

B I B L I O G R A F I A

- 1) .- LOCKHART HAMILTON;ANATOMIA HUMANA;ED.INTERAMERICANA, 1a EDICION, PAG. 80-90,214-224,612-618,644-645.
- 2) .- HOPPENFELD;NEUROLOGIA ORTOPEDICA;ED.MANUAL MODERNO PAG. 5-50.
- 3) .- DE PALMA;TRATAMIENTO DE FRACTURA Y LUXACIONES;---ED.PANAMERICANA, 3a .EDICION.PAG.901-904.
- 4) .- KAPANDJI;FISIOLOGIA ARTICULAR;ED.TORAY-MASSON,-----2a EDICION;PAG.116-139.
- 5) .- HOPPENFELD;EXPLORACION FISICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES;ED. MANUAL MODERNO;-----PAG.102-180.
- 6) .- CAMPBELL,CIRUGIA ORTOPEDICA;ED.PANAMERICANA, 7aED. PAG.1796-1799.
- 7) .- WARWITH;FUNCTION TEN YEARS COLLES FRACTURE;UNIVERSITY DEPARTMENT OF ORTHOPAEDICS ,CLIN ORTHOP 1993 OCT (295);270-4.
- 8) .- ROYJAM G.S.;THE DISTAL RADIO-ULNAR JOINT IN COLLES FRACTURES;ST.GEORGES;HOSPITAL LONDON ENGLAND; ----J-BONE-JOINT_URG_Br.1993,JAN :75(1);58-60.
- 9) .- ADOLPHON;COMPUTER-ASSISTED PREDICTION OF INESTABILITY OF COLLES FRACTURE;DEPARTMENT OF ORTHOPAEDICS :IN ORTHOP 1993;17(1);13-5.
- 10) .- COONEY;EXTERNAL PIN FIXATION FOR UNSTABLE COLLES--FRACTURE;DEPARTMENT OF ORTHOPAEDICS,MAYO CLINIC--- ,J-BONE JOINT_SUR;1979 SEPT 61a (6),PAG.840-5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11).- BASSET;DISPLACED INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE
DISTAL RADIUS;CLIN ORTHOP;1987 JAN(214);148-152.
- 12).- LINSCHIED,MD;KINEMATIC CONSIDERATION OF THE ----
WRIST;CLIN ORTHOP 1986 JAN(202):27-39.
- 13).- PALMER MD;BIOMECHANICS OF THE DISTAL RADIOULNAR
JOINT;CLIN ORTHOP;1984 JUL/AUG(187);26-35.
- 14).- COONEY;COMPLICATIONS OF COLLES FRACTURES;J-BONE-
JOINT-SUR 1980 JUN 62A(4);613-619.
- 15).- WATSON;EVOLUTION OF ARTHRITIS OF THE WRIST;CLIN
ORTHOP 1986 JAN(202);57-67.
- 16).- FERNANDEZ;CORRECTION OF POST-TRAUMATIC WRIST DE-
FORMITY IN ADULTS BY OSTEOTOMY;BONE-GRAFTING AND
INTERNAL FIXATION;J-BONE-SURG 1982 OCT 64A(8) ____
PAG.1164-1178.