

Fractura supracondílea pediátrica tratada mediante doble abordaje anterior y posterior y fijación con agujas

Cabeza García C, Dueñas Muñoz J, Ruiz-Rico Gómez J.
Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.



Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Objetivos

Describir un caso en el que se intervino a un paciente pediátrico de una fractura abierta supracondílea de húmero tipo Gartland III mediante reducción abierta a través de un doble abordaje anterior y posterior y fijación con dos agujas de Kirschner, así como de una epifisiolisis tipo II de radio tratada con agujas de Kirschner mediante la técnica de Kapandji.



Figuras 1. Fractura supracondílea Gartland III y epifisiolisis tipo II de radio.

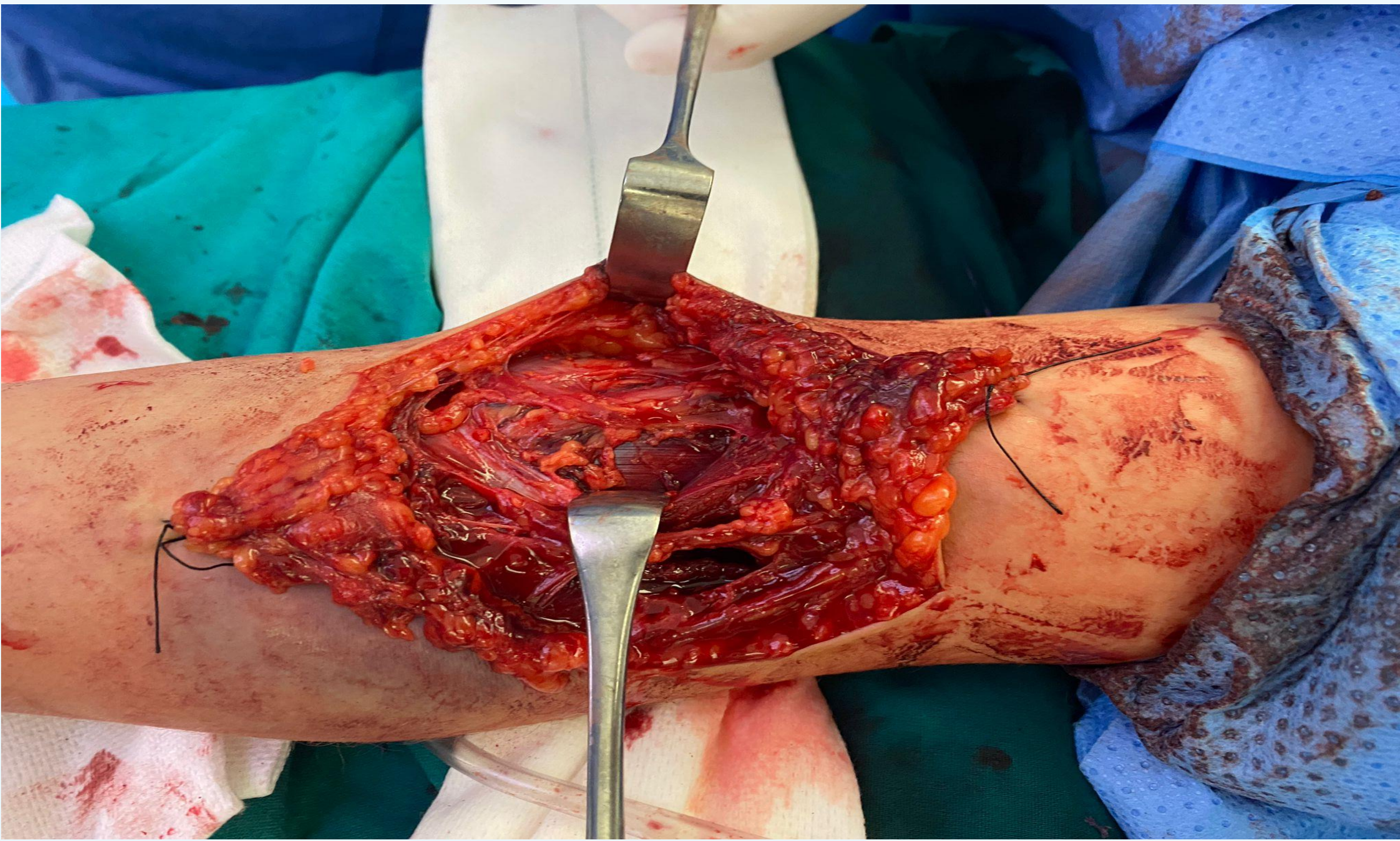
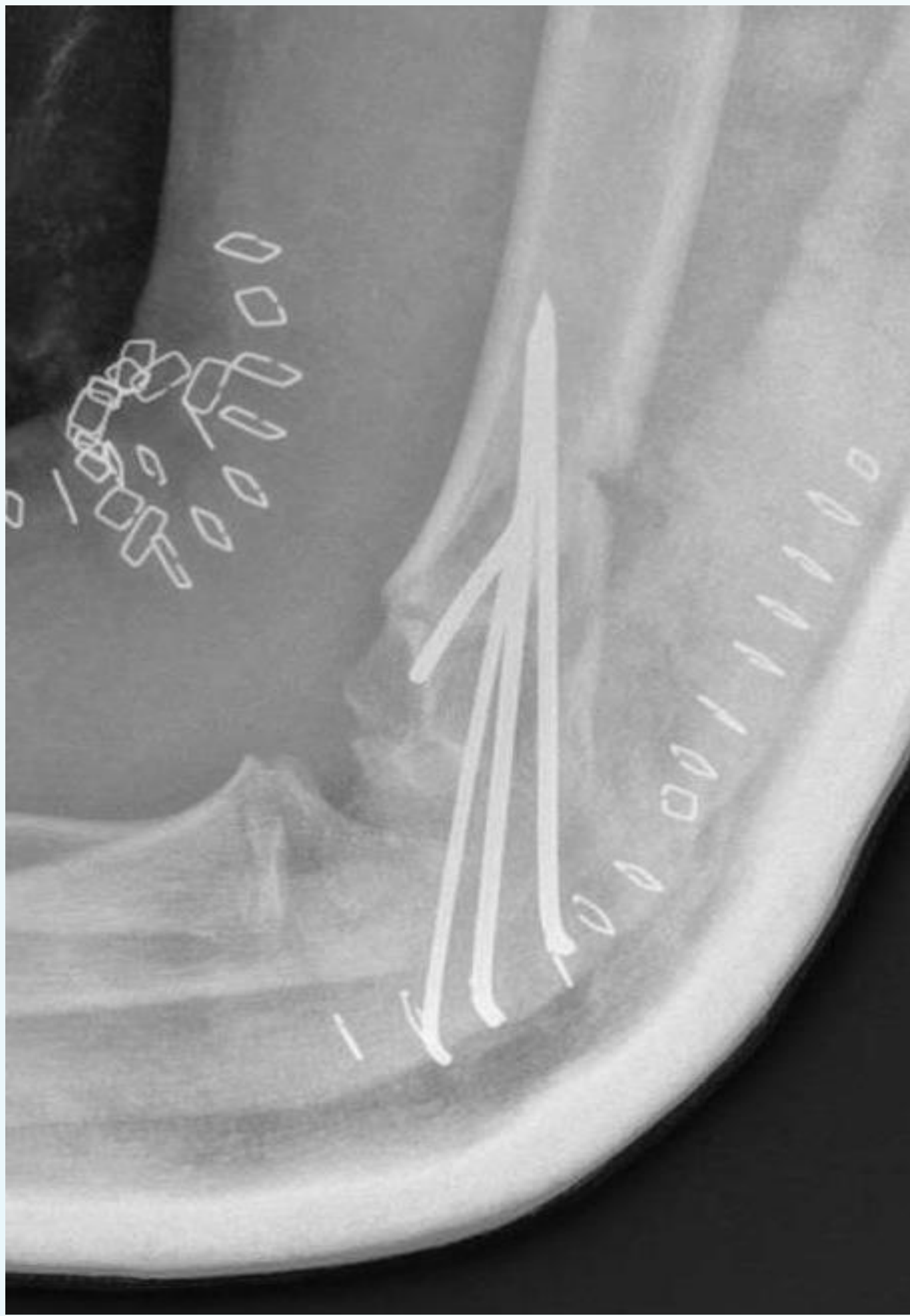
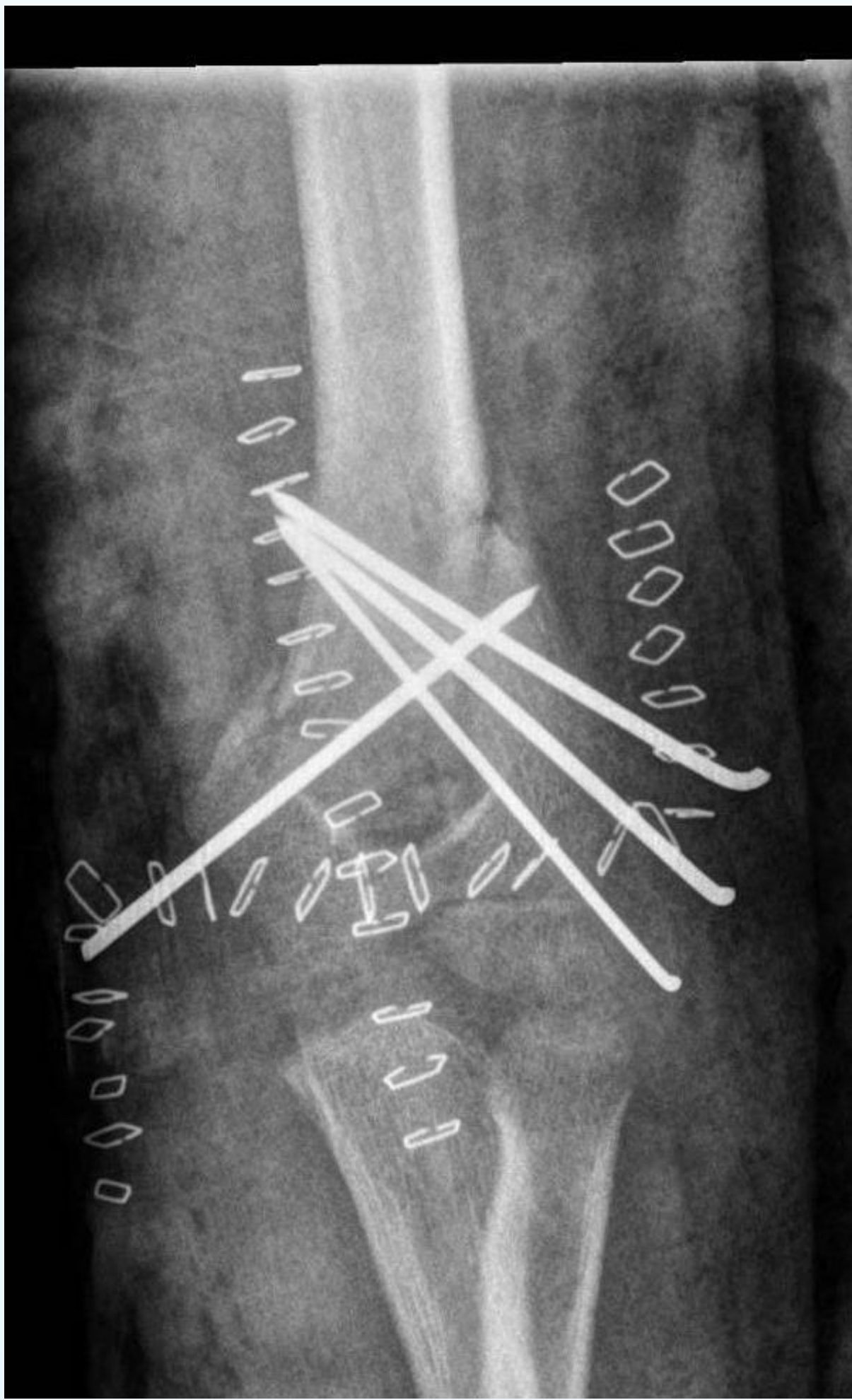


Figura 2. Abordaje anterior al codo para asistir en la reducción.

Métodos

Se trata de un paciente de 10 años que en 2021 sufre una caída desde una altura de 5m, presentando al ingreso una fractura abierta supracondílea de húmero izquierdo tipo Gartland III y tipo 1 de Gustilo, así como una epifisiolisis de radio y cúbito izquierdos. Al ingreso se comprueba la presencia de pulsos y exploración nerviosa dentro de la normalidad, se inicia profilaxis antibiótica y se inmoviliza temporalmente con una férula braquiopalmar.

Se interviene al paciente en las primeras 6 horas, realizando una reducción abierta a través de un abordaje anterior en el que se observa el músculo braquial interpuesto en la fractura y de un abordaje posterior con osteotomía de olécranon. Se realiza fijación de la fractura con 3 agujas de Kirschner por radial y 1 por cubital. Posteriormente se realiza reducción cerrada y fijación interna de la epifisiolisis de radio mediante la técnica de Kapandji con una aguja de Kirschner.



Figuras 3 y 4. Control radiográfico postoperatorio.

Resultados

Tras la cirugía se comprueba que no hay lesiones neurovasculares. La férula se retira al mes y las agujas a los dos meses. A los seis meses el paciente está sin dolor, con movilidad completa de codo y consolidación de la fractura.

Conclusiones

El tratamiento de las fracturas supracondíleas debería resultar en una alineación anatómica y un codo funcional sin defecto estético. Las principales causas de una reducción fallida son la penetración del fragmento proximal a través del músculo braquial y la interposición de la cápsula articular o e periostio entre los fragmentos óseos. En ocasiones es necesario realizar una reducción abierta a través de uno de los abordajes de codo: anterior, posterior, lateral y medial.

El uso de un doble abordaje para tratar fracturas supracondíleas desplazadas no está prácticamente descrito en la bibliografía. Si bien aumenta la complejidad y posibles complicaciones de la cirugía, sobre todo en el caso de incluir un abordaje anterior, al utilizar un abordaje doble es posible realizar una reducción anatómica con una mejor visión de la reducción a la vez que permite explorar y tratar las estructuras neurovasculares potencialmente dañadas y evaluar las estructuras que se interponen en la reducción.