

# RESCATANDO UN CODO CATASTRÓFICO CON TÉCNICA DE MASQUELET Y ALOINJERTO DE CÚBITO EN 2 TIEMPOS. A propósito de un caso.

B. Jiménez Benito, A. Álvarez Jiménez, M. Andújar Alemán, M. Uroz de la Iglesia, I. Beirutti Ruiz  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

## OBJETIVO

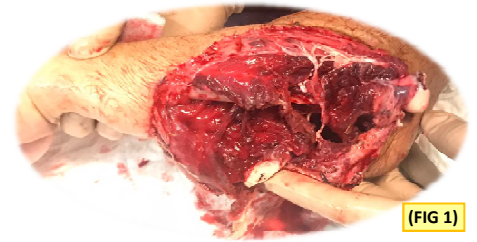
Presentar un caso de salvataje de un codo catastrófico, en dos tiempos, mediante la utilización de técnica de Masquelet y aloinjerto de cúbito.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 42 años, que sufre accidente en motocicleta. Valorado previamente en Urgencias donde se objetiva herida abierta y sucia de 20x8 cm a nivel lateral de codo izquierdo con pérdida de sustancia cutánea. Se aprecia exposición de la musculatura y una luxación de codo con fractura estallido de cúbito proximal asociado a gran defecto óseo. No sangrado activo, pulso radial presente y componente sensitivo-motor no valorable por estado del paciente (FIG 1 y 2).

En quirófano se realiza cirugía de control de daños multidisciplinar; limpieza, reducción de fractura-luxación de codo y fijación temporal con agujas de Kirschner, técnica de Masquelet en el defecto metafiso-diafisario cubital y fijador externo articulado de codo Galaxy (FIG 3). En el postoperatorio se comprueba ausencia de déficit neurológico sensitivo-motor a ningún nivel.

6 meses más tarde, exentos de complicaciones y previa retirada de agujas de Kirschner, se procede a segundo tiempo quirúrgico. Se retira el fijador externo y mediante abordaje transolecraneano, se retira cemento óseo a través de una incisión en la neocápsula. Se reconstruye el defecto con aloinjerto de cúbito proximal de 10 cm aprox cerrando la membrana y se fija con placa Locteq híbrida y obenque del codo (FIG 4).



(FIG 1)



(FIG 2)



(FIG 3)



(FIG 2)



(FIG 3)



(FIG 4)



(FIG 4)

## RESULTADOS

El paciente realizó rehabilitación asociada a magnetoterapia. Actualmente no presenta dolor y en la Rx se aprecia retardo de consolidación de cúbito proximal y aumento de calcificación heterotópica. El paciente tiene un rango articular: flexión 95°, extensión -60°, supinación 85°, pronación 5°.

## CONCLUSIONES

Las fracturas-luxaciones abiertas de codo requieren una evaluación inicial exhaustiva, así como un abordaje multidisciplinar y coordinado. De esta manera se podrá optar por el procedimiento terapéutico más adecuado; amputación directa o salvataje con reconstrucción, atendiendo a la localización y magnitud de las lesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mendieta-Espinosa M, Sevilla-Sánchez MJ, Dorn Barquero GR. Reconstrucción funcional de brazo en fractura abierta III C de húmero. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* ;40(3):331-6. <https://doi.org/10.4321/s0376-78922014000300013>.
- 2) C. Bano<sup>1</sup>, D. Coffey<sup>1</sup>, K. Al-Tawil<sup>1</sup>, A. Tavakkolizadeh<sup>1</sup>, V. Rose<sup>2</sup>, R. Tahmassebi<sup>1</sup>, K. Karuppaiah<sup>1</sup>, T. Colegate-Stone<sup>1</sup>. Management of open elbow fractures: experiences and outcomes from a UK major trauma center - PubMed; n: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34808349/>.