

FRACTURA DE OLÉCRANON EN LA INFANCIA, UNA ENTIDAD INFRECUENTE.

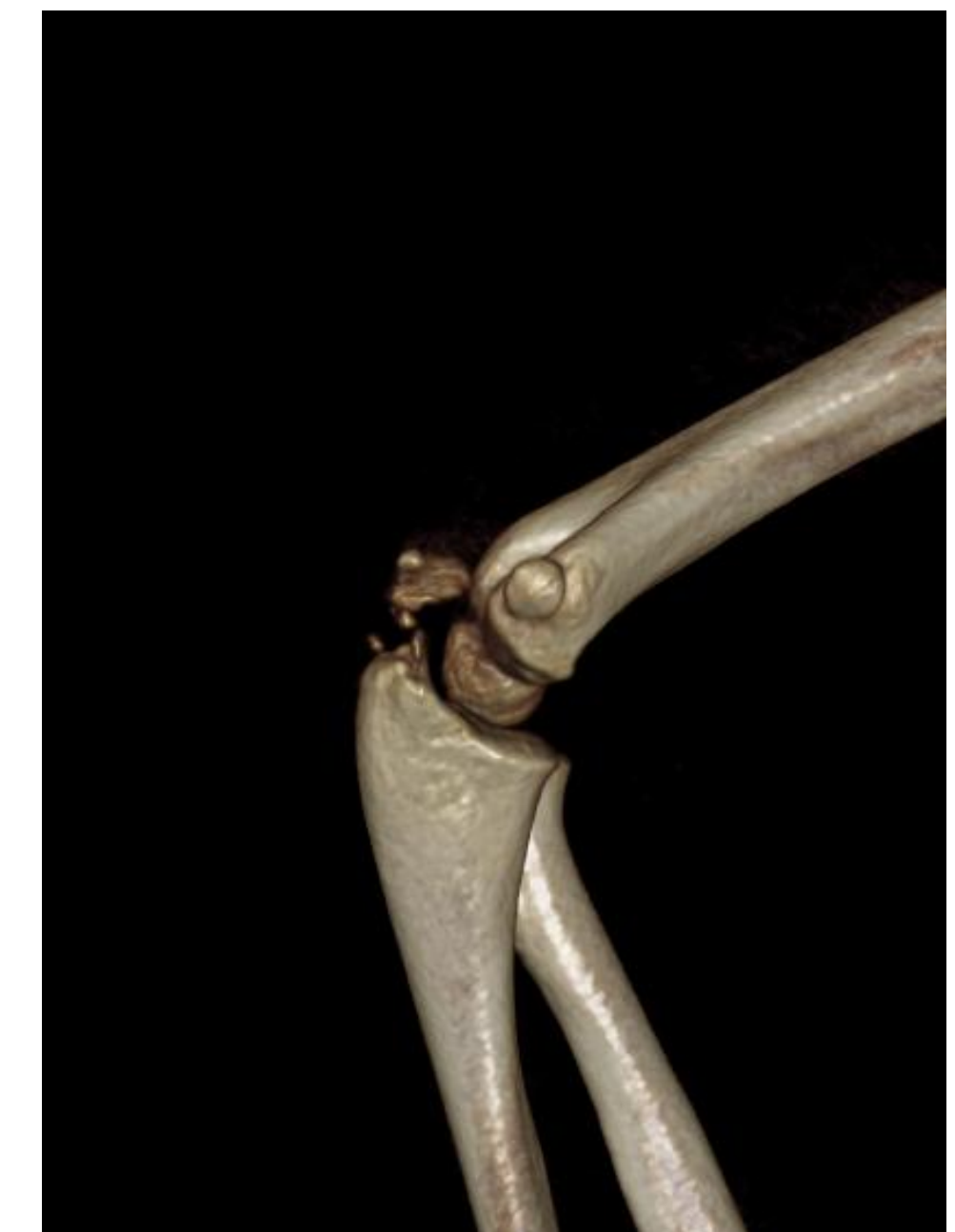
Aragón del Río, M; Matilla Basoa, E; D'Óleo Maldonado, A; Calvo del Val, LC; de Arce Ludeña, A.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL)

OBJETIVOS

Las fracturas de olécranon infantiles suponen el 5% de las lesiones del codo inmaduro. El mecanismo de producción más frecuente es una hiperextensión seguida de luxación anterior del codo y alojamiento del olécranon en la fosa olecraniana. Presentamos un caso atendido en nuestro servicio, con el fin de revisar el manejo de este tipo de lesiones.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Niña de 8 años que, tras sufrir una caída de bicicleta, es derivada al Servicio de Urgencias con tumefacción, deformidad y equimosis del codo derecho. Tras las pruebas complementarias, se aprecia un trazo de fractura intraarticular desplazada del olecranon, sin afectación de la apófisis coronoides.



Se inmoviliza con férula de yeso braquial.

Teniendo en cuenta el grado de desplazamiento, se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación con 2 agujas de Kirschner (AK) y sutura reabsorbible de alta resistencia creando un sistema en banda de tensión.



RESULTADOS

En el postoperatorio se inmovilizó con férula posterior durante 10 días para permitir la cicatrización de las partes blandas. La extracción de material se realizó a los 2 meses. Un año tras la intervención, se encuentra bien realizando su vida normal sin limitación funcional.



CONCLUSIONES

A pesar de ser infrecuente, debemos tener en cuenta este diagnóstico tras un traumatismo del codo infantil. La interpretación de las radiografías supone un reto, debido a la radiolucencia de las porciones cartilaginosas y la aparición progresiva de los núcleos de osificación.

Debido a la escasez de fracturas descritas, no existe un método de tratamiento estándar. Suele recomendarse cirugía en aquellas fracturas con desplazamiento >3-5 mm. Entre el arsenal terapéutico, destaca el manejo conservador mediante inmovilización con escayola en no desplazadas, la reducción cerrada y fijación interna con AK percutáneas y la reducción abierta y fijación interna con sistemas de banda de tensión con AK y alambre metálico o sutura de alta resistencia.

Se han descrito buenos resultados de consolidación con ambos sistemas. El más utilizado es el cerclaje de material reabsorbible asociado a AKs (menor intolerancia y problemas de partes blandas). Se ha descrito también la utilización de agujas de material biodegradable con cerclaje reabsorbible.