

CODO RIGIDO POSTRAUMÁTICO EN UN NIÑO

Lorena Bellostas Muñoz, Juan Amezttoy Gallego, Iris Elena Blasco Smaranda, Fátima María Pérez Barragáns, Luis Moraleda Novo

Varón de 14 años que acude por un déficit de flexión del codo izquierdo que limita sus actividades básicas de la vida diaria.

Como antecedente, tuvo una fractura supracondílea Gartland III a los 11 años, tratada mediante reducción abierta y fijación con agujas K por lateral.

El paciente había sido tratado sin éxito mediante movilización bajo anestesia; capsulotomía anterior, transposición del nervio cubital y rehabilitación.

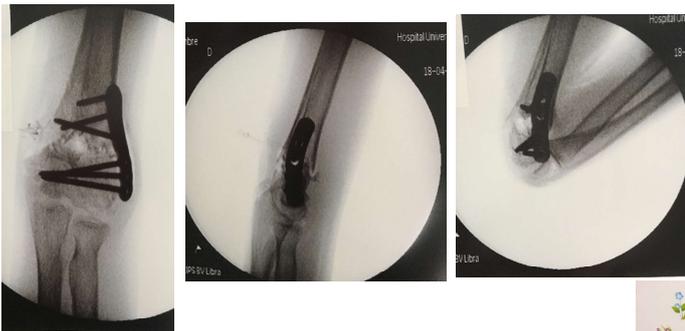


A la exploración presentaba 100° de flexión y +30° de extensión, con un carrying angle de -10°. En las radiografías se observaba una malunión de humero distal en extensión, con un cubito varo (ángulo de Baumann de 0.8° en el codo izquierdo y de 27.3° en el derecho).

En la TC presentaba calcificaciones anteriores y una rotación del extremo distal, condicionando una alteración de la alineación articular.

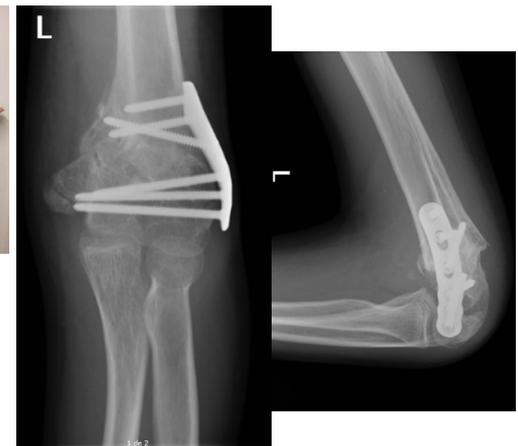


→ Se realizó una osteotomía abierta de humero distal en tres dimensiones y fijación con placa de osteosíntesis por lateral.



RESULTADOS

- A las 6 semanas la osteotomía había consolidado. A los 6 meses, no refería dolor y el rango articular era de 115° de flexión y -40° de extensión.
- El carrying angle era similar al contralateral y se autorizó al paciente a retomar la actividad deportiva.
- Al año presentaba un rango articular de 120° de flexión y -30° de extensión. Se retiró el material de osteosíntesis sin incidencias.
- Actualmente el paciente no presenta dolor, el rango articular es de 135° de flexión y -20° de extensión y realiza su actividad deportiva con normalidad.



CONCLUSION

Ante un déficit de flexión de codo en un niño, la causa más frecuente es la malunión de una fractura supracondílea.

Se produce una deformidad angular y rotacional que traslada el arco de movimiento del codo, pudiendo interferir en las actividades de la vida diaria, como llevarse la comida a la boca.

La fisis humeral tiene un potencial de remodelación limitado, por lo que es necesario realizar una osteotomía en tres dimensiones.

Para prevenirlo es muy importante realizar una reducción anatómica, con el mismo grado de rotación que el codo contralateral.