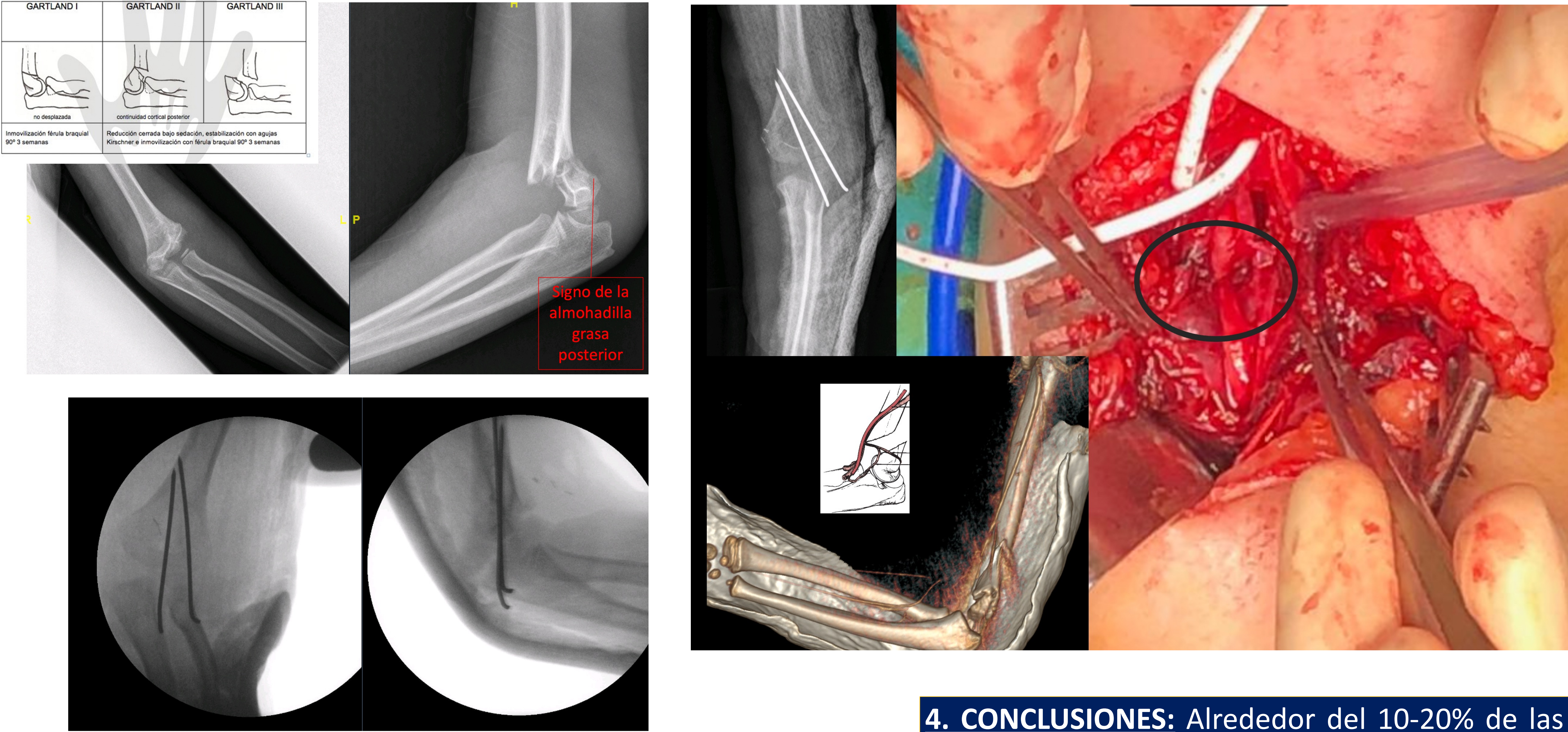


PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO III SIN PULSO.  
A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Tíscar García Ortiz, María Dolores Fernández Ruiz, Juan Pedro Martínez Hurtado, Luis Díez Alberó, José Carlos Orihuela García. Hospital General Universitario de Elche.

**1. OBJETIVO:** Establecer la pauta de actuación y tratamiento ante una fractura desplazada supracondílea Gartland tipo III sin pulsos en la infancia.

**2. MATERIAL Y METODOLOGÍA:** Varón 7 años, caída con contusión en codo izquierdo. Presenta dolor, deformidad e impotencia funcional. Movilidad dedos conservada. Buen relleno capilar distal. Mano ligeramente más fría que contralateral y sin pulsos distales. Se realiza Reducción cerrada urgente con 2 agujas *Kirschner*. Tras reducción y fijación de la fractura, se coloca férula braquial. Posteriormente persiste mano fría, sin pulso, 1º y 2º dedo pálidos, se abre el vendaje y mejora la perfusión. Sin embargo continúa fría, sin pulso y el pulsioxímetro no capta. Se avisa a Cirugía Vascular que tampoco encuentra flujo con ECO-Doppler y se decide realización de Angio-Tac.



**3. RESULTADOS:** El angioTAC muestra interrupción del flujo de la arteria braquial a nivel del foco de fractura. Se realiza intervención quirúrgica urgente y se observa estrangulamiento de la arteria braquial por las partes blandas adyacentes atrapadas en foco de fractura. Se liberan las partes blandas y se recupera el flujo arterial, no presencia de rotura de pared arterial o atrapamiento en el foco. En el postoperatorio inmediato presenta debilidad para la realización de la pinza: neuroapraxia de N.Interóseo anterior, que se recupera 3 semanas más tarde.

**4. CONCLUSIONES:** Alrededor del 10-20% de las fracturas supracondíleas Gartland tipo III se presentan sin pulso. La ausencia de pulso radial es una urgencia, por lo que está indicada la reducción con agujas en quirófano. El diámetro de la arteria braquial permite un flujo de 200ml/minuto, mientras las colaterales solo perfunden a un ritmo de 20 ml/min, una reducción del 90%. El angioTAC no está indicado de entrada ya que retrasa la reducción de la fractura que corrige el problema vascular en la mayoría de ocasiones. La controversia existe entre observar o explorar una extremidad con la fractura reducida, bien perfundida, pero aún sin pulso. Por lo tanto, ante lesión nerviosa o mano pálida, reducción y explorar (emergencia). Si ausencia lesión nerviosa y correctamente perfundida, reducir y reevaluar. Si continúa pálida, explorar arteria. Si buena perfusión actitud expectante y reevaluación (posible espasmo).

