

FRACTURA ABIERTA SUPRACONDÍLEA DE CODO INFANTIL CON COMPROMISO VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Linares Yanes, Jorge Ojeda Jiménez, Pablo Martín Vélez, David González Martín, Javier Álvarez de la Cruz.
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Las fracturas supracondíleas de codo son una de las fracturas más frecuentes durante la edad infantil, suponiendo alrededor del 17% de las fracturas infantiles y hasta el 60% de las fracturas de codo durante este periodo. Al contrario que en la extremidad inferior, las fracturas abiertas de la extremidad superior en edad infantil han sido muy poco estudiadas, siendo además la fractura abierta supracondílea una de las menos frecuentes. En el desplazamiento de las fracturas supracondíleas de codo (Gartland III y IV), por su localización, pueden dañar estructuras neuro-vasculares como el nervio mediano o la arteria radial, algo que se acentúa todavía más en las fracturas abiertas.

OBJETIVO: Mostramos el caso de un paciente de 4 años que sufre una caída en su centro escolar y acude con una fractura abierta (grado II de Gustilo y Anderson) con compromiso vascular.

MATERIAL Y MÉTODO:

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 4 años que fue atendido en nuestro hospital tras una caída desde un columpio infantil en su centro educativo. A su llegada presentaba impotencia funcional y dolor en el codo derecho, además de una herida transversal de unos 5 cm, en cara anterior del codo a nivel de la flexura, con exposición ósea (Figura 1). La radiografía mostraba una fractura supracondílea de húmero Gartland III (Figura 2). A la exploración tenía la sensibilidad distal conservada, dificultad para la movilidad de la mano (limitada por dolor) y pulsos radial y cubital no palpables, aunque con buena coloración y buen relleno capilar distal. Fue necesaria la valoración por Cirugía Vascular que, mediante eco-doppler, determinó el colapso de la arteria radial desde su inicio en la flexura del codo y la indemnidad de la arteria cubital. Posteriormente se realizó la reducción urgente bajo sedo-analgesia y el cierre de la herida, previa comprobación del pulso braquial a nivel de la fractura, sin sangrado arterial concomitante. En todo momento fue monitorizada la perfusión de la mano con pulsioximetría.



Figura 1. Fractura supracondílea abierta (Grado II de Gustilo y Anderson).

Tratamiento quirúrgico: Se realizó una intervención quirúrgica urgente que consistió en el lavado abundante y desbridamiento de bordes cutáneos de la herida, reducción directa de la fractura a través de la misma, con control del paquete vásculo-nervioso; y osteosíntesis percutánea con 2 agujas de Kirschner mediales y 1 cubital (Figura 3). El procedimiento se realizó bajo control escópico y con buena coloración de la mano en todo momento. Se colocó férula posterior de yeso y en el postoperatorio inmediato fue monitorizada la perfusión de la mano con pulsioximetría.



Figura 2. Fractura tipo Gartland III.

RESULTADOS:

El paciente tuvo una excelente recuperación postoperatoria, con buena coloración de la mano y buen relleno capilar distal en todo momento, con dolor controlado y correcta movilidad de los dedos. Fue dado de alta a las 48 horas de la intervención.

En controles posteriores la herida evolucionó de manera satisfactoria, sin signos de infección y con controles radiológicos correctos (Figura 4). Las agujas de Kirschner fueron retiradas en quirófano al mes de la lesión, al igual que la férula de yeso. En controles radiológicos posteriores evolucionó favorablemente, así como la movilidad del codo que alcanzó una flexo-extensión completa.

CONCLUSIÓN:

Las fracturas abiertas supracondíleas de húmero en niños son lesiones poco frecuentes que van a precisar una atención urgente, debido al mayor riesgo de complicaciones neurovasculares asociadas en comparación con las fracturas cerradas. En los casos en que los pulsos distales no sean palpables o sean débiles, es útil la valoración conjunta con un cirujano vascular que determine la permeabilidad de las arterias distales al codo con la ayuda de un eco-doppler. En estos casos, además, será necesaria una exploración seriada de la coloración de la mano y de la pulsioximetría, tanto en las horas previas a la cirugía como en controles postquirúrgicos.

El tratamiento quirúrgico urgente, incluyendo el desbridamiento y lavado de la fractura, así como su reducción y fijación con agujas de Kirschner, es fundamental para el control de complicaciones como la infección o lesiones neurovasculares asociadas.

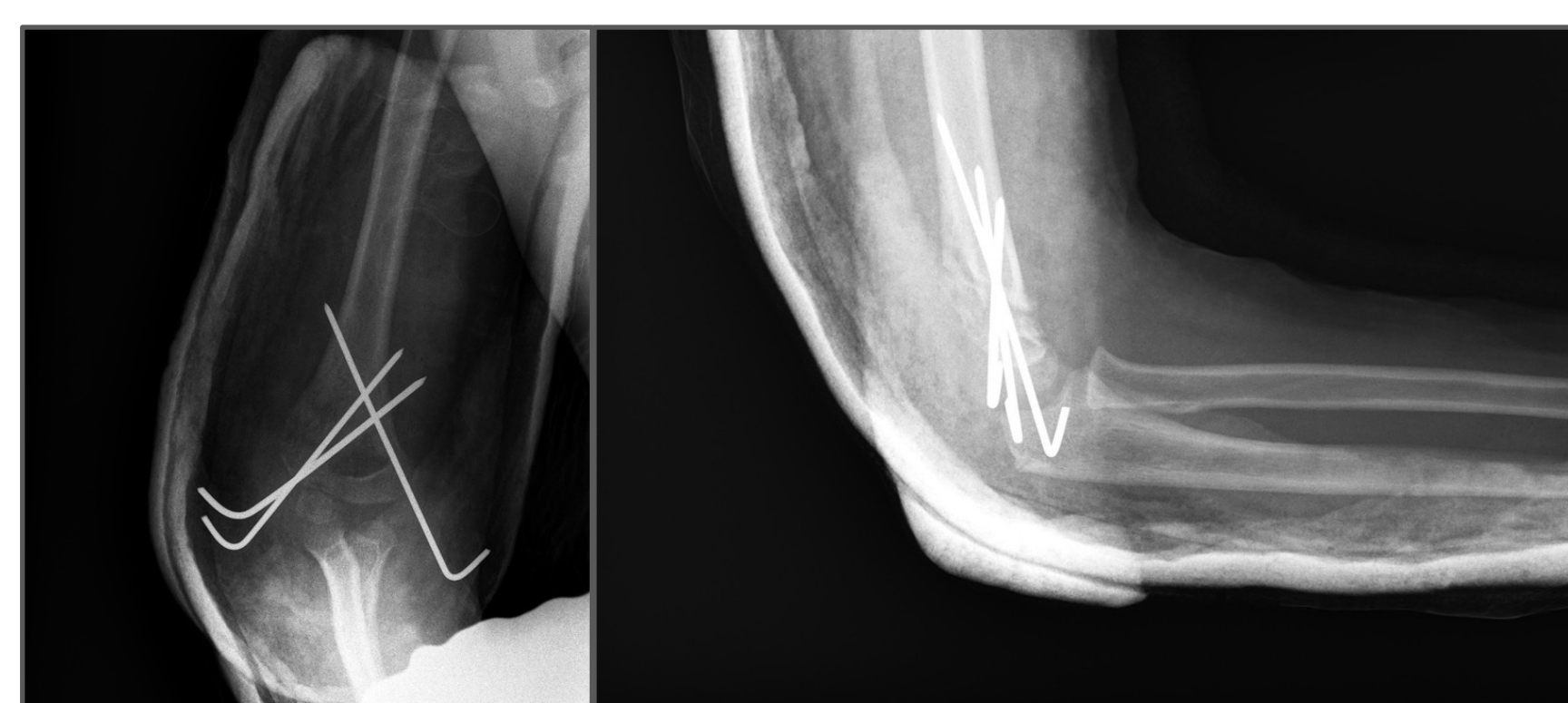


Figura 4. Control radiográfico. Postoperatorio inmediato

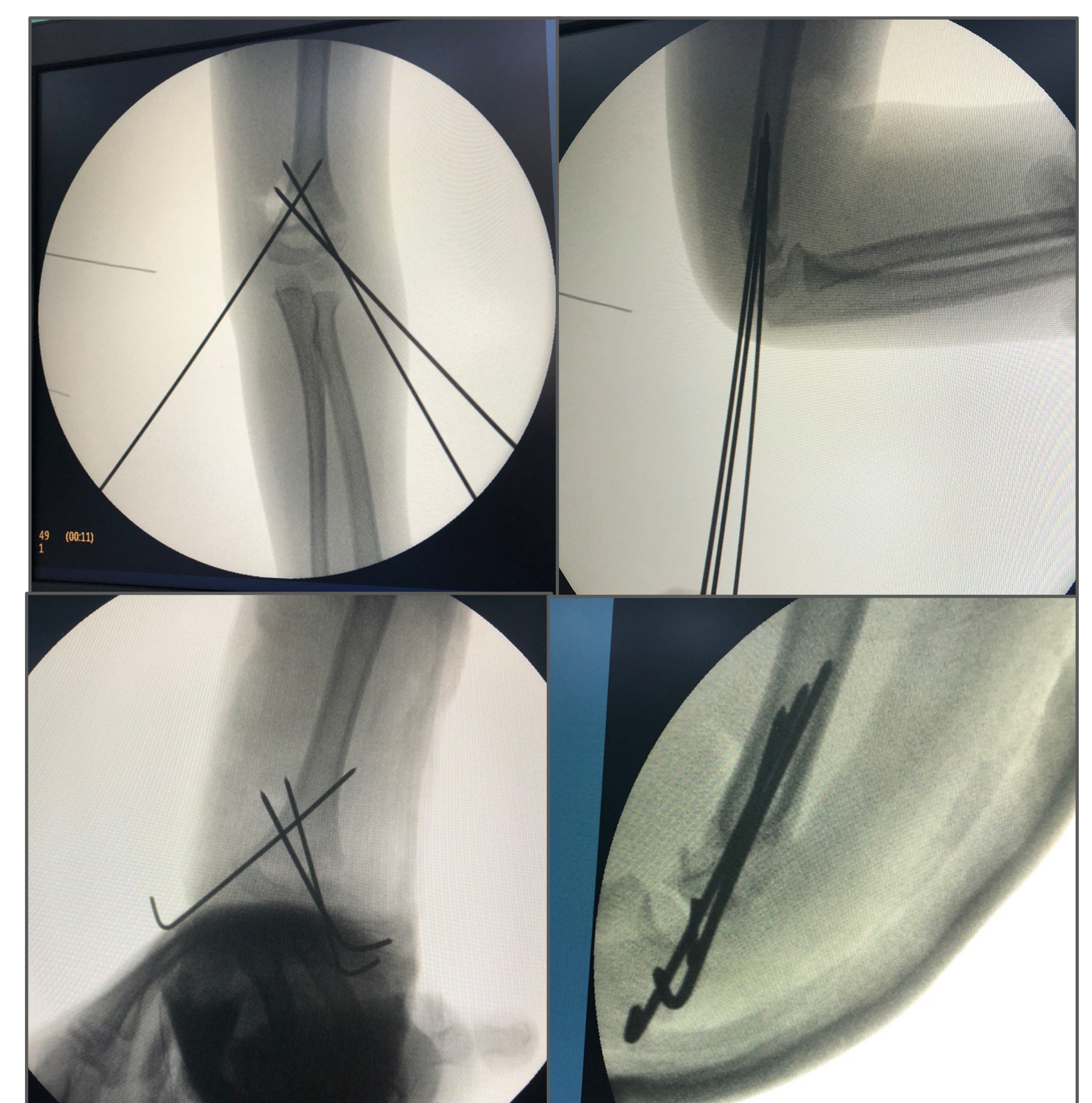


Figura 3. Control escópicos intraoperatorios

CONTACTO:

flinaresyanes@gmail.com

1. Haasbeek JF, Cole WG. Open fractures of the arm in children. J Bone Joint Surg Br. julio de 1995;77(4):576-81.
2. Ozkul E, Gem M, Arslan H, Alemdar C, Demirtas A, Kisin B. Surgical treatment outcome for open supracondylar humerus fractures in children. Acta Orthop Belg. octubre de 2013;79(5):509-13.