

# FRACTURA SUPRACONDÍLEA PEDIÁTRICA TRATADA CON FIJADOR EXTERNO. A propósito de un caso

Lorenzo Machado R<sup>2</sup>, Gumersindo Godoy FA<sup>1</sup>, Sierras Cristiá<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> MIR COT, <sup>2</sup> FEA COT Hospital General Básico Santa Ana, MOTRIL



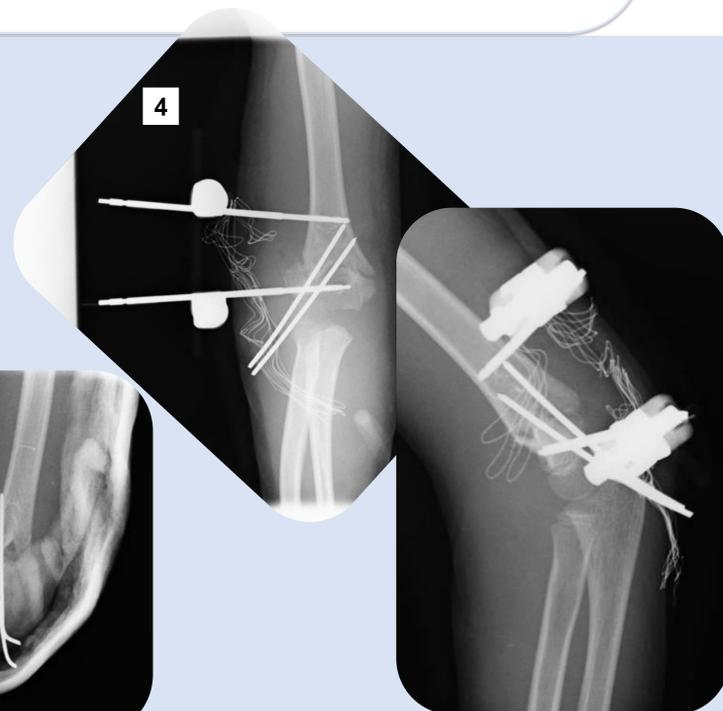
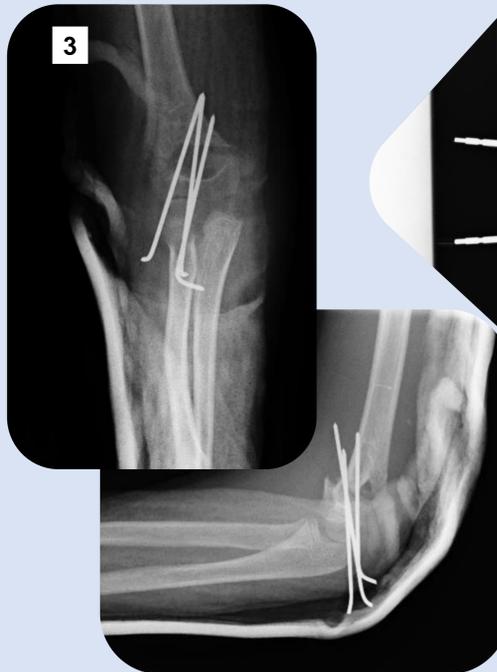
- Fracturas supracondíleas ≈ **70%** de las fracturas MS en niños entre **5-10 años**
- **Varones** (2:1), brazo **izquierdo**, caídas con **codo en extensión** (95%)
- Clasificación de **Gartland modificado** I-IV.
- Cirugía: **RCFI con AK** si tipos **II, III y IV**. Sin embargo, en las tipo III también se ha descrito la RCFE + fijación interna con AK (Dr. Teddy Slongo, AO Paedriatic 2007). Se indica la reducción abierta para fracturas irreductibles, abiertas o con necesidad de reparación neurovascular.



Destacar el uso concomitante de la FE e interna como opción en aquellas fracturas de elevada inestabilidad rotacional y reducción dificultosa.



Niña de 8 años que sufre caída accidental de un monopatín con el codo en extensión. En Rx (1) **fractura supracondílea Gartland III-IV**. En TC (2): deformidad en extensión, varo, rotación interna epifisaria y conminución. Se procede a RAFI urgente con 3 AK percutáneas divergentes de 1.6mm en zona lateral + férula braquiopalmar. En el control (3) observamos déficit de reducción con fragmento distal en extensión. A las 24 h postoperatorias se reintervino con EMO, colocación de 2 pines del fijador externo en zona lateral que permitió realizar una reducción cerrada indirecta tipo joystick y posteriormente fijación con barra. Para ↑ estabilidad se implantan 2 AK percutáneas divergentes de 1.8mm en zona lateral (4). Dejamos movilidad libre.



Al alta F/E -15/120°, BM 4/5 y NVD conservado. Entre la 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> semana se retiran las AK (grado de consolidación II-III de Montoya). En la 7<sup>a</sup> semana se retira el fijador externo con balance articular completo sin otras complicaciones. Se indican ejercicios domiciliarios y se da el alta definitiva al 1,5 mes sin deformidad, con balances completos sin signos inflamatorios y sensibilidad normal.



La FE añadida a la interna podría suponer una fijación **más estable**, con mejor **manejo de edema y tejidos blandos**, consolidación ósea satisfactoria, **movilización temprana** con menor hipotonía e hipotrofia muscular y corta rehabilitación.

C O N G R E S O  
**SECOT58**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA