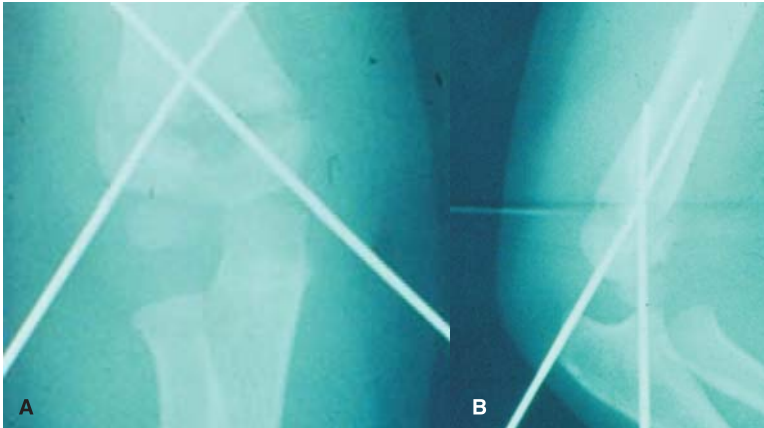


## Comentarios al caso clínico sobre fracturas en los niños

Publicado en *Orthotips-AMOT* 2009; 5(3): 286-7

Rafael Alfaro Arredondo,\* Luis Inclán Rivadeneyra\*\*

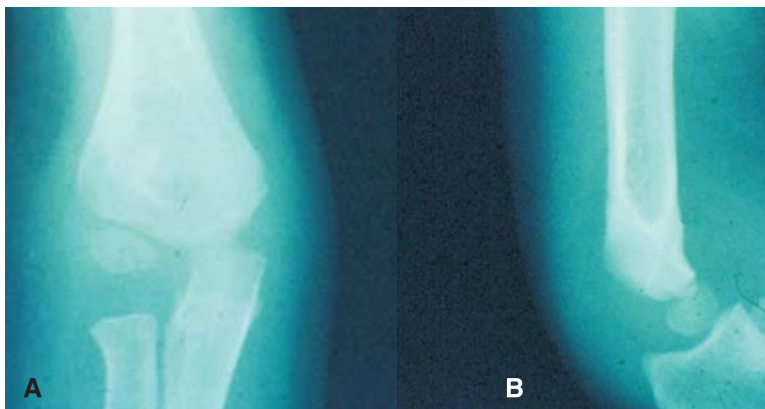
Con los datos clínicos proporcionados, la primera opción diagnóstica es que se trata de una fractura supracondílea humeral, ya que desde el punto de vista epidemiológico es la lesión más frecuente en torno a la articulación del codo, sobre todo hacia los 6 ó 7 años de edad. El edema, la equimosis y la incapacidad funcional, así como el mecanismo de lesión (caída con el codo en extensión) nos hizo pensar en una fractura en extensión tipo III. Se solicitaron estudios radiográficos en proyecciones AP y lateral, encontrando en la AP un trazo de fractura transversa con pérdida de contacto total entre el fragmento distal y el proximal; el primero con un desplazamiento lateral, basculación en valgo y rotación lateral. En la proyección lateral el extremo proximal está desplazado ventralmente y el distal en extensión y rotación lateral, lo que confirmó el diagnóstico clínico.



**Figura 1A.** Proyección AP: muestra la alineación de la paleta humeral coincidiendo los pilares lateral y medial, dejando en medio la fosa coronoidea. El cóndilo humeral articulado con el radio. **B.** Proyección lateral: se observa la alineación del fragmento distal con el proximal, fijados por los clavillos en «X» y el cóndilo humeral en su alineación correcta.

\* Cirujano Ortopédico. Irapuato, Gto. \*\* Cirujano Ortopédico. Salamanca, Gto.

Dirección para correspondencia:  
Dr. Rafael Alfaro Arredondo  
Av. Reforma No. 56-401, Irapuato, Gto. 36670.



**Figura 2.** *A. Proyección AP. B. Proyección lateral, en ambas se observa consolidación total y remodelación de la fractura.*

Estas imágenes radiológicas permiten precisar que se trata de una fractura supracondílea en extensión tipo III y aunque se ha reportado que en estos casos es frecuente el compromiso vasculonervioso, en éste era mínimo y probablemente condicionado por el edema local, pero no por pinzamiento o ruptura de alguna de las estructuras vasculonerviosas.

Por la gravedad de la lesión, y con la finalidad de no producir una lesión vasculonerviosa mediante maniobras de reducción en forma cerrada que pueden tener un alto índice de falla, se decidió realizar una reducción abierta a través de una herida lateral de *Smith-Petersen* e inmovilizar la fractura con clavillos de Kirschner cruzados, de distal a proximal. Se colocó una férula palmar durante 10 días, al cabo de los cuales se tomó una radiografía para vigilar la reducción, la cual se encontró como en el PO inmediato (*Figuras 1A y B*); se hicieron pruebas de sensibilidad, encontrándose normales, se retiraron suturas y se colocó un molde de fibra de vidrio circular, braquipalmar, con el antebrazo en posición neutra por 25 días más, al cabo de los cuales se retiró el molde y los clavillos para iniciar la rehabilitación. Seis meses después se tomó un control radiográfico, encontrando una remodelación total de la fractura con una alineación de la misma al 100% (*Figuras 2A y B*). Los arcos de movilidad estaban completos y la fuerza, sensibilidad y pulsos normales. Sólo se advirtió a los padres sobre la escasa posibilidad de que se desarrolle un cúbito varo, la complicación más frecuente de esta lesión.

#### RESPUESTAS QUE SE PROPONEN AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE FRACTURAS EN LOS NIÑOS

1 B	6 D	11 A
2 A	7 C	12 A
3 B	8 D	13 B
4 A	9 A	14 D
4 E	10 D	15 C
5 A		