

OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE APÓFISIS CORONOIDES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Mangas, F; Esparcia Arnedo, E; Ruiz Villanueva, LA; Guzmán Zapata, JP; Ramos Del Rio, A.

Objetivo.

Describir el caso de un joven que presenta fractura de apófisis coronoides tipo II según la clasificación de Reagan y Morrey.

Material y metodología.

Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias tras caída casual desde su altura con brazo izquierdo en hiperextensión. No refiere sensación de luxación/ subluxación con reducción espontánea del codo en el momento del traumatismo.

A la exploración presenta importante dolor difuso a la palpación del codo, con déficit de extensión de 15º y un déficit de flexión de unos 30 º.

En la radiografía simple se objetiva fractura de apófisis coronoides en cúbito izquierdo, con probable fractura de cabeza radial. (Fig.1)



Fig.1 Rx Lateral codo izquierdo: Fractura Apófisis coronoides.



Fig.2 Reconstrucción 3D TC.

Se plantea intervención quirúrgica para reducción abierta y fijación interna con placa de la apófisis coronoides a través de abordaje medial de Hotchkiss. (Fig.3)

Ante este hallazgo, y teniendo en cuenta la afectación intraarticular a nivel del codo, se solicita TC, en el que se aprecia arrancamiento con fragmento desplazado de coronoides y mínimas esquirlas por impactación de cabeza radial. (Fig.2)

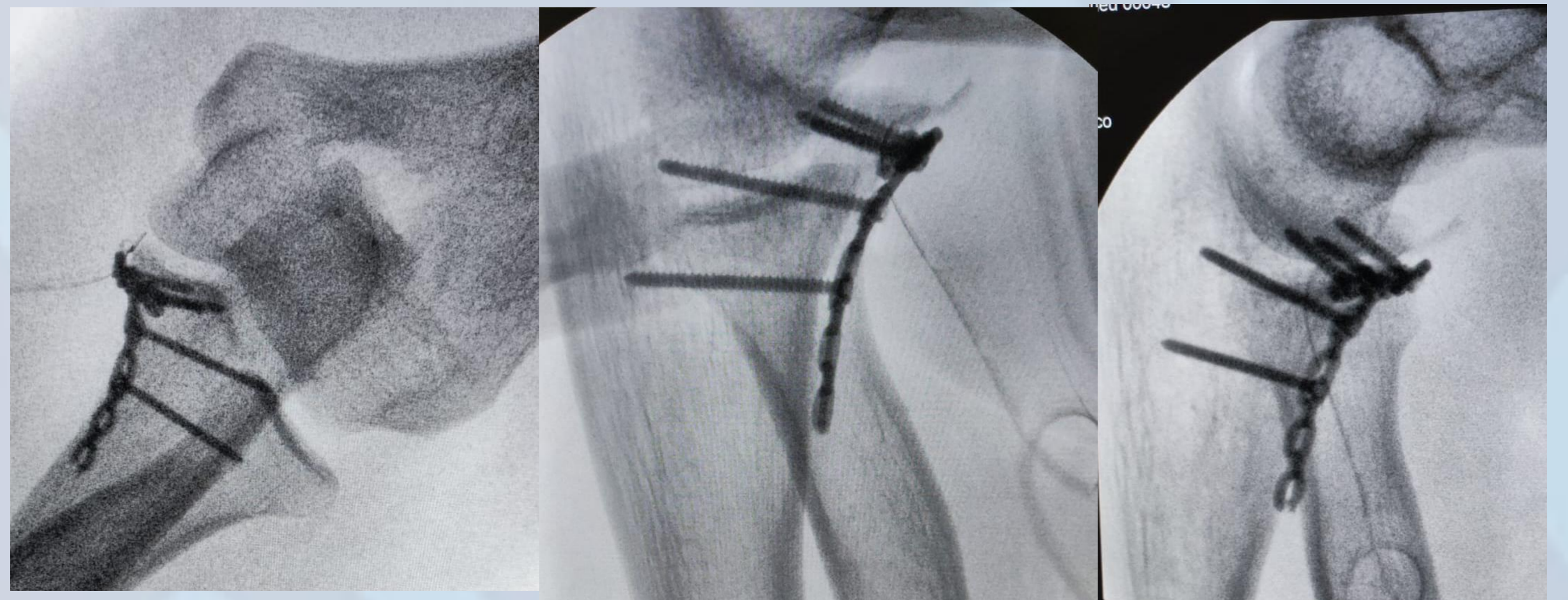


Fig.3 Control de escopia en proyecciones AP, lateral y oblicua tras OS.

Resultados.

El paciente realiza seguimiento clínico-radiológico hasta consolidación de la fractura. Tras un programa intenso de rehabilitación, preserva pronosupinación completa del antebrazo con extensión completa y déficit de flexión de 15 º, que según refiere no le supone limitación en su actividad diaria.

Conclusiones.

1. El codo es una articulación muy sensible a las inmovilizaciones prolongadas, que puede generar rigidez con gran facilidad. Por ello, es fundamental plantear la reducción y fijación estable de las fracturas a ese nivel con el objetivo de permitir una movilización precoz del mismo.

2. Como en cualquier abordaje, es imprescindible conocer las limitaciones del mismo y las estructuras susceptibles de ser dañadas. En este caso, en el abordaje medial extendido es imprescindible tener especial precaución para no dañar el nervio cubital.