

Por la cola muere el pez: Necrosis avascular de la tróclea humeral.

González-Martínez, A. ¹, Sosa González, G. ², Barba
Zambudio, F. ³, Olmedo Martín, E. ¹, Villa García, A.J. ²

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real.

² Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

³ Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia.

Introducción

La necrosis avascular de la tróclea humeral es una complicación poco descrita de las fracturas supracondíleas de húmero, pero potencialmente devastadora, lo que hace del manejo de esta complicación todo un desafío.

Se presenta un caso clínico de necrosis avascular de la tróclea humeral como secuela de fractura supracondílea de codo izquierdo con el objetivo de realizar un diagnóstico adecuado y repasar la etiopatogenia y manejo de esta complicación.

Material y métodos

Mujer de 10 años intervenida a los 6 años por fractura supracondílea de codo izquierdo Gartland 3 mediante RCFI con agujas de Kirschner, con radiografía posquirúrgica satisfactoria. La evolución radiográfica inicialmente es buena, pero clínicamente se observa pérdida progresiva de extensión y aparición de dolor a partir del sexto mes.

Al año postquirúrgico, la radiografía y RMN son compatibles con necrosis de tróclea humeral, iniciando la deformidad “en cola de pez”, que hace evidente a los 3 años de la cirugía. Se explica a la familia posibilidad de tratamiento quirúrgico mediante osteotomía supracondílea para lograr extensión completa, pero con su previsible déficit de flexión que empeoraría los resultados funcionales. Ante esto, se opta por tratamiento conservador mediante rehabilitación.

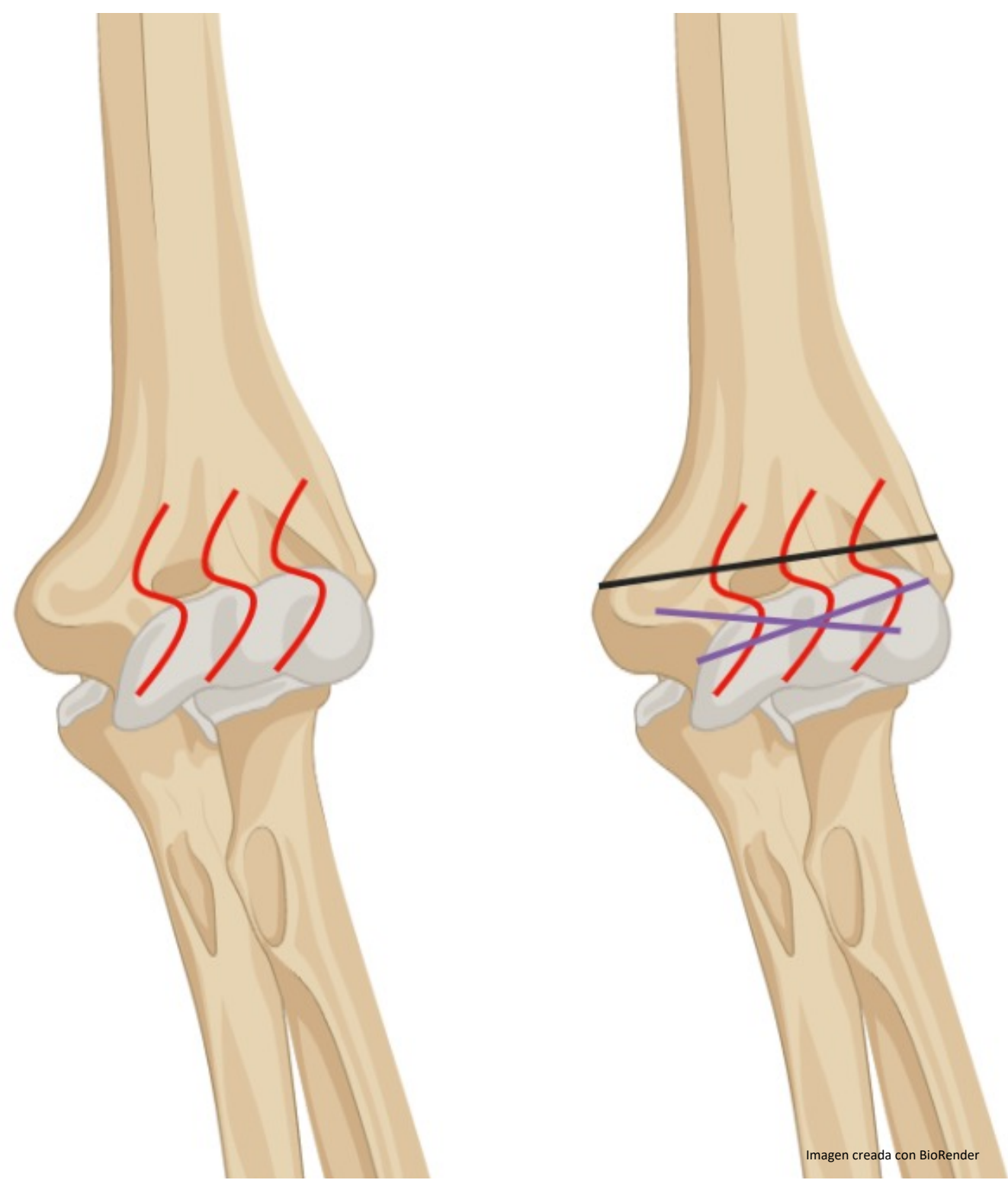


Figura 1. Una fractura supracondílea de húmero puede interrumpir la vascularización distal, produciendo una necrosis avascular.



Figura 2. Fractura supracondílea Gartland 3 de codo izquierdo.

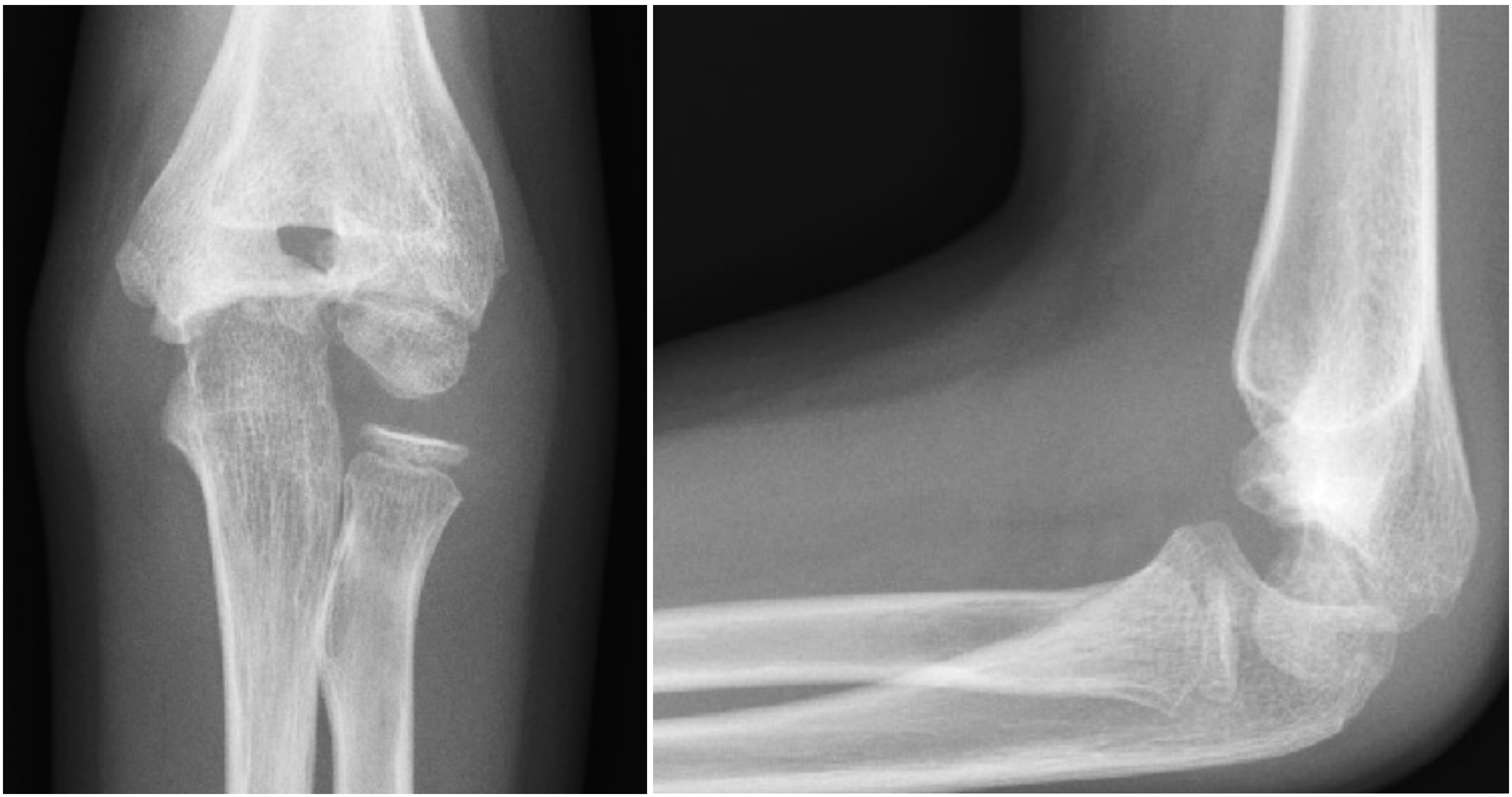


Figura 3. Inicio de deformidad en cola de pez en radiografía 1 año después de la intervención quirúrgica.



Figura 4. Deformidad en “cola de pez” ya instaurada. A) Imagen en radiografía. B) Imagen en resonancia magnética nuclear.

Resultados

Actualmente, la paciente tiene 10 años y presenta déficit de extensión de los últimos 30º, dolor leve con la actividad física pero no en reposo, pronosupinación completa y sin inestabilidad ni alteraciones neurovasculares.

Conclusiones

La deformidad en cola de pez es una complicación rara de diagnóstico tardío que debemos sospechar ante pérdida de movilidad o aparición de dolor meses después del tratamiento de una fractura supracondílea de húmero¹.

Se postula que se produce como resultado de la falta de aporte vascular en la tróclea, ya sea lateral, produciendo pérdida de flexoextensión, o medial, produciendo varo progresivo (Etier et al.)^{2,3}.

Si produce síntomas leves, se optará por manejo conservador; en caso de gran pérdida funcional, puede plantearse cirugía: desbridamiento artroscópico, epifisiodesis u osteotomía supracondílea (Glotzbecker et al.)⁴, sin garantizar resultados óptimos.

La falta de tratamiento consensuado y de buenas opciones quirúrgicas, asociadas a los resultados pobres del manejo conservador, convierten esta complicación en una secuela temible y de difícil manejo.

Agradecimientos: A los pacientes y autores.

Información de contacto: Email: gonzalez.martinez.angel@gmail.com

Bibliografía

- Ott N, Hackl M, Leschinger T, Wegmann K, Müller LP. Predictors of avascular necrosis of the trochlea after pediatric supracondylar humerus fractures. *Obere Extremität*. 2020;15(4):301-306. doi:10.1007/s11678-020-00606-9
- Etier BE, Doyle JS, Gilbert SR. Avascular Necrosis of Trochlea After Supracondylar Humerus Fractures in Children. *Am J Orthop Belle Mead NJ*. 2015;44(10):E390-393.
- Bronfen CE, Geffard B, Mallet JF. Dissolution of the trochlea after supracondylar fracture of the humerus in childhood: an analysis of six cases. *J Pediatr Orthop*. 2007;27(5):547-550. doi:10.1097/BPO.0b013e318070cc60
- Glotzbecker MP, Bae DS, Links AC, Waters PM. Fishtail deformity of the distal humerus: a report of 15 cases. *J Pediatr Orthop*. 2013;33(6):592-597. doi:10.1097/BPO.0b013e3182933c51