

CORRECCIÓN DE CODO VARO INFANTIL MEDIANTE OSTEOTOMÍA Y FIJACIÓN EXTERNA

Autores: Ana Ortega Columbrans, Alejandro Castillo Sáez, Domingo Maestre Cano, Eduardo Gómez Gil, César Salcedo Cánovas

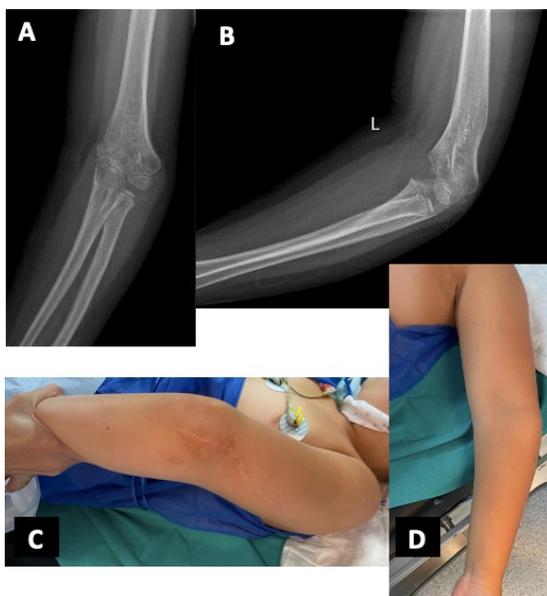
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

OBJETIVOS

Exponer la posibilidad de corrección de codo varo infantil mediante osteotomía y fijación externa.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

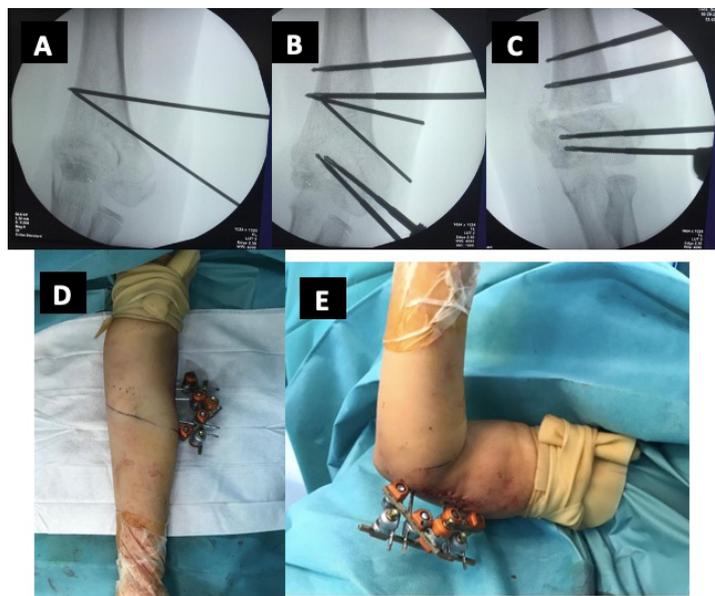
Escolar de 9 años que presenta codo con 20° de varo que ha ido aumentando progresivamente desde que sufrió fractura supracondílea grado III de Gartland hace 6 años. En su momento la fractura fue tratada por medio de reducción abierta y fijación con 3 agujas sin incidencias. Ante la evolución de la deformidad se plantea tratamiento quirúrgico, optando por la realización de valguzación humeral mediante resección de cuña y estabilización posterior con fijador externo monolateral.



Imágenes previas a corrección de deformidad.

A y B: radiografías AP y lateral deformidad codo varo.

C y D: imágenes clínicas deformidad codo varo.



Imágenes escópicas intraoperatorias: planificación osteotomía (A), colocación fijador externo (B), corrección deformidad (C).

D y E: resultado clínico

RESULTADOS

Dos meses tras la cirugía se aprecia en los controles radiográficos consolidación de osteotomía de valguzación por lo que se decide retirada de fijador externo y continuación de la rehabilitación hasta obtener la movilidad completa. Ocho meses tras la cirugía tiene rango de movilidad completo, sin deformidad en codo que le permite realizar todo tipo de actividades y deportes.

CONCLUSIONES

La presencia de un codo varo es muy mal tolerada funcionalmente debido a que es una deformidad que impide realizar movimientos de aproximación de la mano a la cara, lo cual obliga a forzar otras estructuras y puede producir lesiones ligamentarias del codo. En función del momento del crecimiento en que se encuentre el niño podemos plantear el frenado fisario lateral o la realización de osteotomía valguzante. En general se suele optar por esta segunda opción dado que permite adaptar la corrección al crecimiento y al acompañarse de la colocación de un fijador externo nos permite realizar si fuera necesario correcciones tridimensionales. Cuando se trata una vez finalizado el crecimiento se suelen realizar técnicas similares a las de los adultos con osteotomía correctora y fijación por medio de placa.