

ALTERNATIVA EN FRACTURAS CORONALES DE CAPITELLUM EN NIÑOS

Lucía Domingo Rodríguez, María de los Llanos Rodríguez Rodríguez, Natalia Penelas Abelleira, Miguel Castro Torre y Pedro González Herranz.
Hospital Universitario Lucas Augusti, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera

INTRODUCCIÓN

Las fracturas aisladas de capitellum en el plano coronal son lesiones poco comunes. Representan menos del 1% de las fracturas en codo infantil. En la literatura científica existe información limitada acerca del método de fijación de elección para este tipo de fracturas.

OBJETIVO

Revisar las opciones de fijación interna en fracturas coronales de cóndilo humeral en niños y proponer el uso de pines reabsorbibles como alternativa de fijación a propósito de un caso.

METODOLOGÍA



Niña de 11 años que tras caída desde su propia altura con mecanismo de compresión axial en semiflexión de codo derecho presenta una fractura desplazada del cóndilo humeral en la radiografía simple. En TC se comprueba la presencia de una fractura desplazada de capitellum con extensión hacia la parte lateral de la tróclea (equivalente a Bryan y Murray tipo I o Hahn-Steinthal del adulto).

A través de un abordaje lateral de Kocher y con el brazo flexionado se accede tanto al condilo lateral como a la parte más lateral de la tróclea (extensión osteocondral medial de la fractura).

Bajo visión directa se realiza reducción abierta y fijación mediante 4 pines de 1,5 (activpin) introducidos de forma anteroposterior (AP). Se comprueba estabilidad articular y del fragmento intraoperatoriamente bajo escopia.

RESULTADOS

EXTENSIÓN	100 %
FLEXIÓN	71 %
PRON-SUP	100 %
DOLOR	0 %

Radiografía de control postoperatoria satisfactoria.

Se mantiene inmovilización con yeso cerrado hasta consolidación de la fractura.

Retirada de inmovilización a las 5 semanas con restricción de carga y actividad deportiva durante un mes más asociado a protocolo de rehabilitación hospitalario.

CONCLUSIONES

VENTAJAS PINES REABSORBIBLES AP:

- Evitar artefactos en pruebas de imagen.
- No necesidad de retirada de material.
- Menor diámetro y por tanto menor alteración superficie condral articular.
- Menor riesgo teórico de alteración de la vascularización del cóndilo al introducir el material desde anterior.

DESVENTAJAS:

- Compresión interfragmentaria menor que tornillo a compresión.

El retraso en el diagnóstico en este tipo de lesiones y las alteraciones en la congruencia articular conllevan resultados subóptimos y desarrollo de artrosis precoz.

Se recomienda la realización de TC para definir el trazo, extensión troclear y posibles lesiones óseas asociadas, para así conseguir un óptimo tratamiento.

No existe un consenso en la bibliografía del método de osteosíntesis (tornillos a compresión convencionales o biocompatibles introducidos anteroposteior o posteroanterior, agujas, pines, placa de pequeños fragmentos...) ni la vía de abordaje a emplear, por lo que serían necesario mas estudios significativos para poder establecer conclusiones.

