

# Lo que esconde una fractura de olécranon

Iñigo San José Pardo, Marta Baruque Astruga, Ricardo Briso-Montiano Pinacho,  
Carlos Alberto Mora Simón, José David Pérez López

**Objetivo:** El hematoma intraneural es una entidad infrecuente ocasionada en pacientes con alteraciones de la coagulación o tras traumatismo, que puede reabsorberse espontáneamente, aunque algunos cirujanos optan por la descompresión para prevenir el daño irreversible del nervio.

El mecanismo lesional es desconocido, pero comprende desmielinización axonal, edema del nervio y obstrucción del aporte sanguíneo y de su drenaje.

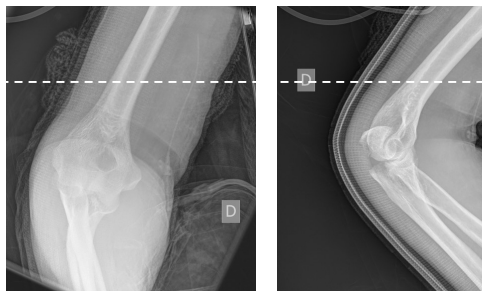


Imagen 1: Fractura de olécranon inicial.

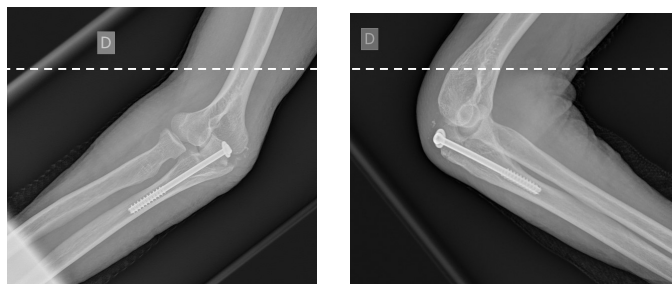


Imagen 2: Tratamiento de fractura mediante tornillo y arandela

**Material y método:** Paciente con antecedente de gran quemado y fractura de olécranon derecho intervenida mediante reducción cerrada y osteosíntesis percutánea con tornillo de 7,3mm canulado, que durante una ventana neurológica presenta parálisis de nervio cubital en mano derecha.

En el estudio neurofisiológico presenta signos de severa axonotmesis de nervio cubital derecho próximo a la rama del flexor carpi ulnaris, sin signos de plexopatía.

Se realiza liberación de nervio cubital, neurolisis y epineurotomía con cierre posterior y transposición submuscular. En la exploración microquirúrgica se objetiva hematoma intrafascicular de 0,5cm en región distal a canal cubital. Drenaje Jackson Pratt y férula braquial a 130°. Sin complicaciones.

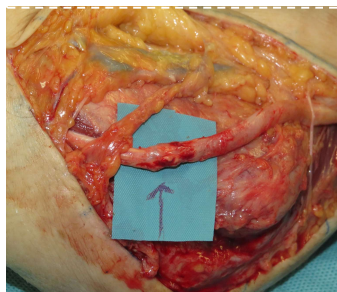
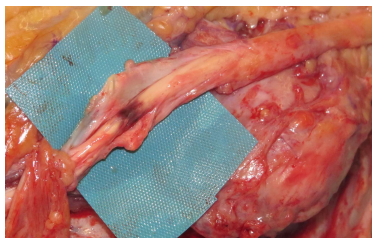


Imagen 3: Visualización de hematoma intraneural cubital antes de epineurotomía.



Imágenes 4 y 5: Visualización de hematoma tras epineurotomía.

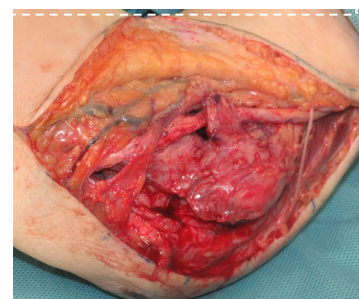
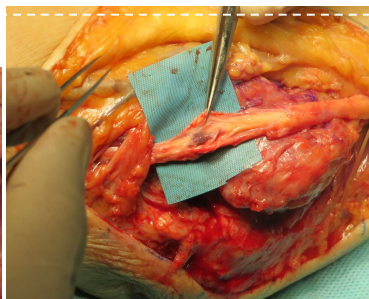


Imagen 6: Transposición submuscular de nervio cubital

**Resultados:** Tras 10 semanas de la lesión, al alta de la unidad de quemados, presenta clínica de parálisis cubital con Tinel positivo. Atrofia de eminencia tenar e hipotenar e interóseos, déficit de extensión activa de IFP de 3º, 4º y 5º dedos.

Al año presenta garra cubital, con incapacidad para la extensión de 4º y 5º dedos. Parestesias en 4º y 5º dedos y anestesia en 5º dedo. Refiere poca destreza para el uso de dicha mano.

**Conclusión:** Una posible razón del hematoma intraneural en ciertos nervios puede ser la proximidad a estructuras óseas y la ausencia de acolchamiento del nervio por los tejidos blandos adyacentes.

En casos de hematoma subparaneural o subperineural, la evacuación del hematoma mediante paraneurotomía o epineurotomía puede restablecer la función nerviosa. Sin embargo, en casos de traumatismo severo esto puede no ser suficiente requiriendo injerto nervioso, como pudo haber sido en el caso que se presenta, ofreciendo nueva reflexión sobre el tratamiento de los hematomas intrafasciculares. En casos de hematoma intrafascicular, se realizará descompresión externa del nervio y epineurotomía.