

FRACTURA DE KOCHER LORENZ EN LA INFANCIA

María Tíscar García Ortiz, María Dolores Fernández Ruiz, Issam Menchi Elanzi, Juan Pedro Martínez Hurtado, Rafael Andreu Viladrich, Fernando López Prats.

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de Kocher-Lorenz son lesiones raras en niños <12 años dado que por el mecanismo de lesión son más frecuentes las fracturas supracondíleas. Se producen por caída sobre la mano con el codo flexionado unos 30° y en valgo forzado (la cabeza radial percute el capitellum). La prevalencia exacta en niños es desconocida, siendo en el adulto un 1% de todas las fracturas del codo. Para su diagnóstico son útiles las radiografías en proyección oblicua, la TAC y RMN si existen dudas. El tratamiento depende de cada caso en particular pudiendo realizarse RAFI o exéresis del fragmento si no es posible la fijación.

OBJETIVO: Exponer un tipo de fractura extremadamente infrecuente en la infancia.



Imagen 1 Radiografía simple lateral, AP y oblicua codo izquierdo

Imagen 2: TAC codo izquierdo

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 9 años de edad que acude a Urgencias por dolor en codo izquierdo tras traumatismo. Sin alergias ni antecedentes de interés. En la radiografía inicial practicada en Urgencias (Imagen 1) se puede apreciar la existencia de un fragmento óseo anterior a la paleta humeral, sin poder identificar el origen, que pasó desapercibido en ese momento. Se inmovilizó con una férula braquial y se revisó a las 3 semanas en CCEE apreciándose entonces la existencia del fragmento mencionado. Se amplió el estudio con una TAC (Imagen 2) identificando entonces el fragmento desplazado como parte del capitellum por lo que se decidió intervenir al paciente.



Imagen 3b RAFI con tornillos Acutrak.

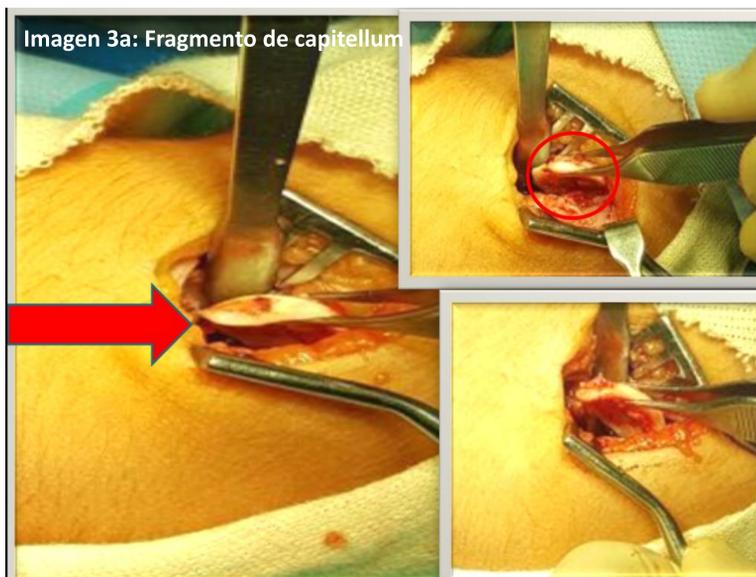


Imagen 3a: Fragmento de capitellum



Imagen 4: Radiografía control postquirúrgico

RESULTADOS

Se intervino al paciente mediante un abordaje lateral de Kocher realizándose reducción abierta y fijación interna del fragmento de capitellum con 3 tornillos Acutrak® (Imagen 3a,3b y 4). Se mantuvo inmovilizado con un yeso cerrado 3 semanas tras lo cual comenzó movilización activa. Tras 14 meses de evolución, el paciente tiene una pronosupinación completa y un pequeño déficit de flexión y extensión de +/- 10° con respecto al contralateral (Imagen 5).



Imagen 5: Funcionalidad 14 meses postquirúrgicos

CONCLUSIÓN

A pesar del retraso diagnóstico y terapéutico pensamos que el resultado obtenido es excelente. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de este tipo de lesiones ya que pueden quedar secuelas serias en niños, como la necrosis del capitellum o una rigidez o limitación del arco completo de movimiento del codo. El objetivo principal siempre que sea posible es la reducción anatómica del fragmento.