

INTRODUCCIÓN

Son frecuentes las fracturas múltiples de la extremidad superior, sobre todo cuando afectan a la articulación del codo. En ocasiones, encontramos combinaciones de varias fracturas poco habituales que pueden implicar varias articulaciones, siendo necesario una planificación preoperatoria cuidadosa que permita un abordaje global priorizando el resultado funcional.

OBJETIVOS

Describir una combinación lesional no recogida previamente en la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 24 años que refiere caída desde 1,5 m de altura, presentando dolor e impotencia funcional en su extremidad superior izquierda

EF: Dolor y tumefacción a nivel codo izquierdo. Flexo-extensión muy limitada y pronosupinación abolida por dolor. No signos inestabilidad en codo. Dolor a la palpación borde cubital antebrazo izquierdo. Dolor asociado a deformidad e impotencia funcional en muñeca izquierda. Exploración vasculo-nerviosa normales.

En estudio Rx se objetiva:

- 1-Fractura parcelar desplazada cabeza radial (Tipo Mason IIa; 21-B2 Clasif. AO)
- 2-Fractura diafisaria proximal cúbito. (22-A1 Clasif. AO)
- 3-Fractura desplazada conminuta radio distal (23-C2 Clasif. AO).



Fig.1



Fig.2



Fig.3



Fig.4

RESULTADOS:

Se realizó tratamiento quirúrgico mediante (Figs. 5, 6 y 7):

- abordaje lateral y osteosíntesis mediante 2 tornillos canulados para la cabeza radial.
- placa LCP a compresión para la fractura diafisaria cubital.
- osteosíntesis con placa palmar para la fractura de radio distal.

Postoperatorio inmediato sin complicaciones.

En la actualidad el paciente no refiere sintomatología dolorosa que le imposibilite para sus actividades cotidianas y laborales.

Rangos de movilidad (Figs. 8, 9, 10, 11 y 12):

- Flexo-extensión codo:-15º/160º
- Flexo-extensión muñeca: 65º/55º
- Desviación radial 15º
- Desviación cubital 25º
- Pronación completa; Supinación -15º;
- Fuerza conservada.
- Cuestionario DASH=9,17



Fig.5



Fig.6



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10



Fig.11



Fig.12

DISCUSIÓN:

La combinación de las lesiones presentadas es infrecuente no habiendo encontrado en la literatura médica ningún caso similar al descrito anteriormente. El mecanismo de producción no está esclarecido aunque probablemente se deba a mecanismos combinados que por separado expliquen las lesiones individualmente. Por la tipología de las lesiones, que deberían ser consideradas todas como lesiones intraarticulares, se preconiza una reducción anatómica y una fijación interna que permita iniciar una recuperación lo más precoz posible con el fin de minimizar las secuelas y obtener los mejores resultados funcionales posibles

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Pradeep B. Moonot, Karthik V. Nadkarni. Simultaneous ipsilateral fracture of the elbow, forearm and wrist in a child. *Eur. J. Trauma* 2005;31:271-3.
- 2-Nagaya H, Saito Y, Warashina H. Simultaneous ipsilateral fractures of distal and proximal ends of the radius. *J. Orthop. Sci.* 2001;6(5):439-43.
- 3-Brewster NT, Mafulli N, Hutchinson JD. Ipsilateral fractures of the proximal ulna and distal radius. *Bull Hosp. Jt Dis.* 1997;56(2):117-9