

FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LUCIA CUCÓ SANZ; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

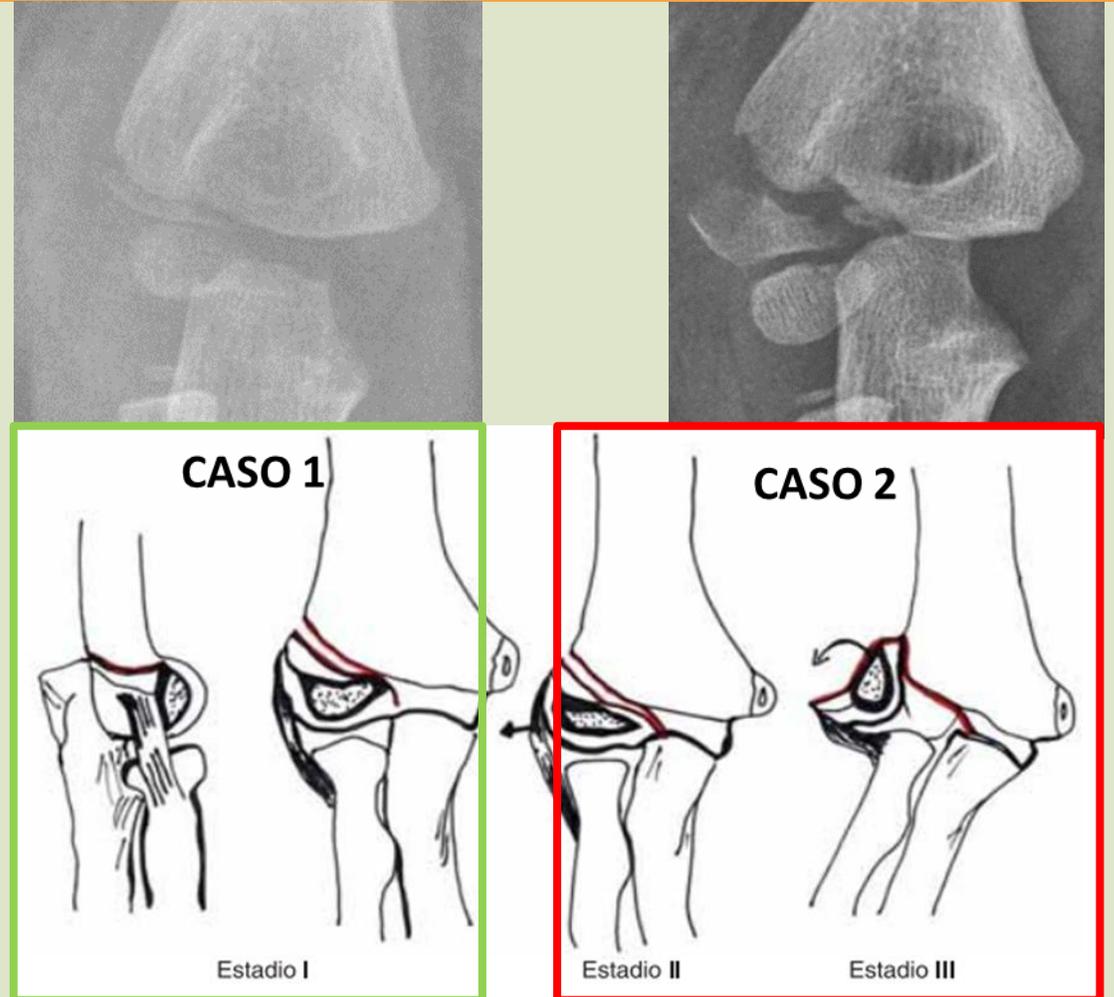
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA.

INTRODUCCIÓN

- **2ª causa** de fractura de codo en niños.
- Edad media **6 años**.
- Fractura **ARTICULAR Y EPIFISIOLISIS** tipo S-H 4.
- **Riesgos:** no unión, mala unión y necrosis avascular.

PRUEBAS DE IMAGEN

- **Radiografías AP y LAT:** Fractura de cóndilo lateral de húmero distal.
- **RX oblicua interna.**
- **Artrografía:** útil para la clasificación de Jakob (afectación de la superficie articular).
- **Tomografía Computerizada.**



FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LUCIA CUCÓ SANZ; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA.

DECISIÓN TERAPÉUTICA

- **Objetivo:** reducción anatómica y evitar epifisiodesis (puentes fisarios).
- Clasificaciones para ayudar a la decisión terapéutica. (Milch en desuso, Jakob más aplicable).

CASO 1 (2 años)



PERO...

- El **90% se desplazan.**
- Difícil control con yeso exclusivamente.
- Por ello la **mayoría quirúrgicos.** Fijación percutánea si no desplazada.

CASO 2 (3 años)



FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LUCIA CUCÓ SANZ; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA.

- **TRATAMIENTO CASO 1:** Desplazamiento <2mm.
 - **Actuación en urgencias:**
 - Férula braquial.
 - Control neurovascular.
 - **Manejo CONSERVADOR:**
 - Si <2mm y Jakob I.
 - Yeso cerrado braquial. Extensión de muñeca y supinación para liberar tensión muscular
 - **Al alta:**
 - Mantener 4-6 semanas.
 - **RX semanal** las 3 primeras semanas incluyendo oblicua interna.
 - Cuidado deportes de contacto.



FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LUCIA CUCÓ SANZ; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA.

TRATAMIENTO CASO 2:

Actuación en urgencias:

- Férula braquial.
- Control neurovascular.

Manejo QUIRÚRGICO:

- Reducción abierta por abordaje posterolateral.
- Visión directa de la articulación y reducción anatómica con escalón articular <2mm.
- Se estabiliza foco con **3 AK** y bajo control por escopia.
- Los tornillos solo extraarticulares y no transfisarios.

Al alta:

- Férula braquial.
- **RX** con férula a la semana y sin férula a las 3 semanas.
- Se **retiran** AK a las 6 semanas.



FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LUCIA CUCÓ SANZ; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA.

CASO 2 (3 años)

RESULTADOS

- En el CASO 1 se continúa seguimiento conjuntamente con Rehabilitación para valorar la evolución del **rango de movilidad**.
- En el CASO 2 se detectó durante el seguimiento una **pseudoartrosis** del cóndilo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

- Complicaciones frecuentes:** Rigidez (autorresolutiva en 1 año), prominencia lateral (sobrecrecimiento), cicatriz hipertrófica.
- Complicaciones poco frecuentes:** Unión retrasada (RX hasta unión), necrosis avascular y deformidad de cola de pez (cierre fisario). Desviaciones en varo (hipercrecimiento) o valgo (cierre precoz fisis) +- neuropatía cubital (tracción)

