

# TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURA DIAFISARIA DE CÚBITO EN ZONA DE STRESS POR SCHANZ

García Vera, Juan José; Esteban Castillo, José Luis.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

**OBJETIVO:** El antebrazo está formado por dos huesos: el radio y el cúbito. El radio tiene una anatomía más compleja ya que presenta dos curvas, una supinadora y otra pronadora. El cúbito, sin embargo, es prácticamente recto. Ambos huesos contactan a nivel de la articulación radiocubital distal y proximal. Entre ellos existe un espacio interóseo ocupado por la membrana interósea y los músculos que cruzan dicho espacio (supinador corto, pronador redondo y pronador cuadrado).

La pronosupinación es el movimiento de rotación del antebrazo en torno a su eje longitudinal. Es un movimiento complejo donde interviene las articulaciones radiocubitales proximal y distal. La membrana interósea es el estabilizador principal junto con el fibrocartilago triangular. Para que este movimiento sea posible es necesario que el radio gire alrededor de un eje constituido por el cúbito. Los dos huesos y las articulaciones radiocubital distal y proximal forman un anillo que debe romperse en 2 puntos para que se produzca el desplazamiento. Por este motivo ante una fractura aislada de la diáfisis del cúbito o del radio se debe sospechar una lesión asociada de la radio-cubital distal y/o proximal. Por lo que la tendencia general ante este tipo de fracturas es la estabilización quirúrgica para evitar dolor e inestabilidad residual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de un paciente que sufre luxación de codo reducida en quirófano y que debido a inestabilidad intraoperatoria comprobada bajo escopia a  $-40^\circ$  de extensión se decide dejar fijador externo limitando la extensión pero permitiendo movilidad desde el primer momento. A las 3 semanas de la colocación del fijador externo, el paciente acude a revisión porque nota un chasquido en el antebrazo. Se le realizan rx de control y se observa reducción adecuada de articulación del codo pero hay fractura de cúbito a nivel diafisario por stress en zona schanz. Se le propone tratamiento quirúrgico y el paciente rechaza, por lo que inmovilizamos con férula durante 2 semanas y posteriormente con ortesis funcional otras 2 semanas.



**RESULTADOS:** A los 6 meses de la retirada de la férula se observa consolidación en mala posición de fractura cúbito pero se obtiene un balance articular de  $110^\circ$  de flexión con  $-15^\circ$  de extensión y pronosupinación mayor de  $60^\circ$ .

## CONCLUSIÓN:

Las fracturas del cúbito no desplazadas o mínimamente desplazadas pueden tratarse mediante inmovilización durante 7 a 10 días. En función de los síntomas del paciente, es posible continuar el tratamiento con una ortesis funcional durante 8 semanas con ejercicios activos de rango de movilidad del codo, la muñeca y la mano, o con una simple inmovilización en un cabestrillo con un vendaje compresivo. Las fracturas desplazadas (más de  $10^\circ$  de angulación en cualquier plano o con desplazamiento mayor del 50% del diámetro de la diáfisis) pueden tratarse con reducción abierta y fijación interna utilizando una placa de compresión dinámica de 3,5 mm.

