

## Semiología de las fracturas de codo

Parra Gordo ML<sup>1</sup>, Aroca Peinado M<sup>2</sup>, Andreu Arasa C<sup>1</sup>, López-Botet Zuloaga B<sup>1</sup>, Pena Fernández I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa.

<sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

El estudio del codo traumático precisa de la proyección anteroposterior (AP) y lateral. Se deben revisar húmero, cúbito y radio para descartar la presencia de soluciones de continuidad corticales o líneas radiolucidas sugestivas de fractura. Sin embargo, en esta articulación es fundamental la valoración de los paquetes grasos en la proyección lateral. En un codo normal, el paquete graso posterior (PGP) se localiza en la depresión intercondilar posterior del húmero distal y no es visible en la proyección lateral. El paquete graso anterior (PGA) se dispone adyacente al extremo distal del húmero (*flecha en figura 1*).



**Figura 1. Radiografía lateral normal de codo.**

El derrame articular en el codo indica un traumatismo significativo y se valora en la proyección lateral por el signo del paquete graso, descrito por Norrell en 1954. El PGA se desplaza superior y anterior (signo de la vela) y el PGP se hace visible en el borde posterior del húmero distal (*figura 2*). La presencia de líquido



**Figura 2. PGP visible y desplazamiento de PGA.**

intrarticular tras un traumatismo se asocia a fractura intracapsular visible u oculta un 75-85% de los casos, según la literatura radiológica u ortopédica revisada, basándose en la presencia o ausencia de reacción perióstica o esclerosis en las radiografías de seguimiento.

En pacientes con derrame articular y fractura no visible en radiología convencional, algunos autores han realizado estudio de resonancia magnética, que ha demostrado fractura en 77% de casos y contusión con edema óseo en la totalidad de pacientes, lo que confirma la presencia de lesión intrarticular asociada al derrame.

En niños, las fracturas de codo más frecuentes son: supracondíleas de húmero (*figura 3, flecha*), cúbito proximal, cóndilo lateral y cuello de radio. En adulto son más frecuentes las fracturas en cabeza (*figura 4, flecha*) y cuello de radio. Las fracturas de olécranon se