

Semiología de las fracturas de codo

Parra Gordo ML¹, Aroca Peinado M², Andreu Arasa C¹, López-Botet Zuloaga B¹, Pena Fernández I¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa.

²Servicio 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

asocian a importante edema de partes blandas y desplazamiento del fragmento proximal por la inserción del tendón tricipital (*figura 5*).

El tratamiento de las fracturas del húmero distal (intercondíleas y supracondíleas) depende sobre todo del grado de desplazamiento. En las fracturas sin desplazar, se coloca un yeso braquioantebraquial y es



Figura 3. Fractura supracondílea en borde radial del húmero distal.



Figura 4. Fractura de cabeza de radio.



Figura 5. Fractura de olécranon.

indispensable realizar un seguimiento radiográfico semanal hasta que se aprecie callo de fractura. En las fracturas desplazadas en general se realiza tratamiento quirúrgico, aunque en niños y ancianos se puede admitir cierto grado de desplazamiento.

En los adultos con fractura de cabeza de radio se realiza tratamiento conservador en las fracturas con desplazamiento inferior a 2 mm y sin bloqueo de la pronosupinación.

Se requerirá tratamiento quirúrgico (osteosíntesis, resección o artroplastia) en el resto.

Cuando se sospeche una fractura en la articulación del codo, aunque no se visualice en las proyecciones radiológicas, se recomienda inmovilizar con una férula y remitir al paciente al especialista.

BIBLIOGRAFÍA

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| 1. Resnick D, Goergen TG, Pathria MN. Physical injury. En Resnick D (Ed). Bone and joint imaging. Second edition. WB Saunders Company. Philadelphia, 1996;717. | Joint Surg 1999;10:1429-33. | 3. Donnelly LF, Klostermeier TT, Klosterman LA. Traumatic elbow effusions in pediatric patients: are occult fractures the rule? AJR 1998;171:243-5. |
| 2. Skaggs DL, Mirzayan R. The posterior fat pad sign in association with occult fracture of the elbow in children. J Bone and | | 4. Major NM, Crawford ST. Elbow effusions in trauma in adults and children: is there an occult fracture? |