

Fractura luxación de Galeazzi asociada a triada terrible de codo, a propósito de un caso.

Jorge Crespo Cánovas, Jesús Llorens Fernández, Antonio López Albaladejo, Nabil Slaoui Berezak, Carmen Illan García. Complejo Hospitalario de Cartagena.

Objetivos:

Presentar un caso de un paciente que presenta dos lesiones de miembro superior poco frecuentes, como son la fractura-luxación de Galeazzi y la triada terrible de codo, siendo su asociación inusual.

Material y Metodología:

Varón de 51 años que acude a la puerta de urgencias con una fractura-luxación de Galeazzi y fractura de cabeza radial tras caída en bicicleta. A su llegada a urgencias el codo se encontraba reducido y en la exploración no se objetivaron signos de inestabilidad del mismo. Se inmovilizó con férula braquiopalmar.

Resultados



Resultados:

De forma programada se realizó osteosíntesis de la fractura de radio y se fijó la articulación radio-cubital distal con agujas de Kirschner. En quirófano con la escopia se exploró el codo y se observó que era inestable y se luxaba con facilidad, a pesar de que a urgencias llegó con el reducido y era estable. En cuanto a la triada de codo debido a que la cabeza radial se encontraba fracturada en 4 fragmentos, se decidió implantar una prótesis de cabeza de radio. Se realizó un reanclaje del complejo ligamentario lateral del codo. No fue necesario reparar el complejo ligamentario medial, ya que el codo se encontraba estable al realizar flexo-extensión del mismo. Se inmovilizó con férula braquiopalmar. A las dos semanas se retiró la aguja de Kirschner y se cambió la férula por una ortesis con codo libre. Al mes y medio de la cirugía se retiró la ortesis y se comenzó con movilizaciones libres.



Conclusiones:

La asociación de triada de codo y fractura de Galeazzi es una entidad excepcional que requiere de un correcto conocimiento de la anatomía del codo y de cómo se distribuyen las fuerzas en el antebrazo, para llegar a su diagnóstico. El tratamiento de ambas lesiones, no difiere del tratamiento individual de las mismas. El objetivo del tratamiento es conseguir una movilización precoz controlada y progresiva. En nuestra experiencia se debe realizar una inmovilización rígida durante 10 días, para después realizar movimientos controlados con una ortesis entre 45º y 120º y por último movilidad libre con la ortesis hasta 6 semanas.