

Fractura de Kocher-Lorenz: A propósito de un caso clínico.

Ortiz Rodríguez C.¹ Muñoz Barroso M.² Núñez, J.² Cabello, J.² Calvo, L.² González, G.²

1. Hospital Universitario Costa del Sol (Marbella).

2. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Objetivos.

La fractura de Kocher-Lorenz es una lesión traumática del codo que afecta al capitellum, caracterizada por el desprendimiento de un fragmento osteocondral con escasa afectación del hueso subyacente. Es una entidad poco frecuente, que se presenta principalmente en adolescentes y adultos jóvenes como resultado de traumatismos en hiperextensión y supinación del brazo. Su diagnóstico puede pasar desapercibido en radiografías iniciales, lo que puede llevar a secuelas articulares si no se trata oportunamente.

Material y Metodología.

Varón de 13 años con dolor e impotencia funcional en codo izquierdo tras traumatismo en hiperextensión en miembro superior. La radiografía simple inicial sugiere una posible fractura de la cabeza radial izquierda.

Una TC de codo confirma la presencia de una fractura conminuta de la epífisis anterosuperior de la cabeza radial. Asimismo, se identifica una lesión osteocondral de 13 mm en la vertiente anterolateral del cóndilo humeral, con migración del fragmento a la fosa coronoidea.

Se realiza un abordaje lateral (Kaplan) para acceder al codo izquierdo, con reducción abierta de la fractura desplazada del capitellum (Kocher-Lorenz) y fijación con tres clavos bioabsorbibles (SmartNail, Conmed). La fractura radial se considera no sintetizable. Se aprecia balance articular completo y ausencia de inestabilidad tras la cirugía.

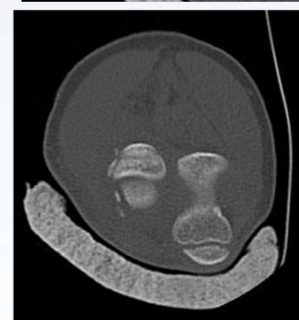


Fig 1 . Corte sagital y coronal TAC codo izquierdo.



Fig 2. Reconstrucción 3D cortes coronal y sagital TAC codo izquierdo.

Conclusiones

El manejo quirúrgico de las fracturas de Kocher-Lorenz es fundamental para restaurar la congruencia articular y prevenir complicaciones tardías como rigidez, inestabilidad y artrosis postraumática. La fijación interna con tornillos de compresión o implantes bioabsorbibles proporciona estabilidad y permite una movilización temprana. La identificación precisa del fragmento osteocondral y su inserción anatómica son fundamentales para lograr un tratamiento quirúrgico exitoso, mejorando el pronóstico funcional.

Resultados

No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas. Se retira inmovilización con férula braquial a las 4 semanas con comienzo de movilización activa.

A las 8 semanas presenta signos de consolidación radiográfica con exploración física no dolorosa y un balance articular de 90º de flexión y -10º de extensión, con pronosupinación completa y simétrica.