

OBJETIVOS:

- Conocer el resultado del tratamiento quirúrgico de las fracturas de muñeca en nuestro servicio.
- Conocer parámetros que influyen en los resultados obtenidos.

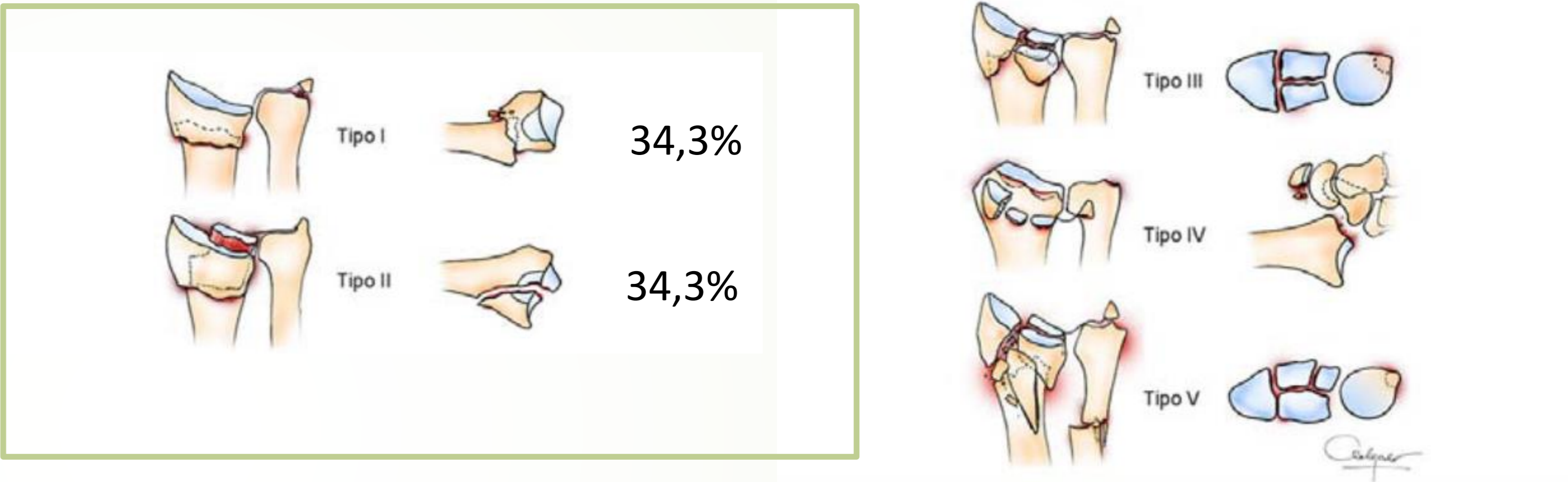
MATERIAL Y MÉTODOS:

- Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.
- 67 pacientes IQ por fractura de radio distal.
- Seguimiento medio de 2 años.
- 42 variables:
  - Factores dependientes del paciente (edad, sexo lateralidad, dominancia...).
  - Factores dependientes de la fractura (tipo de Fernández, lesiones asociadas, medición de ángulos...).
  - Factores dependientes de la cirugía (tiempo hasta IQ, inmovilización tras IQ, abordaje, material de osteosíntesis...).
  - Factores dependientes del resultado (inicio de rehabilitación, MEPS (Mayo Elbow Performance Score) modificado para muñeca...).
- Análisis estadísticos:

Variable --> variable		Test		p
Tiempo previo a IQ	Escala MEPS	No paramétrico	U de Mann Whitney	0,193
Inicio de RHB	Escala MEPS	No paramétrico	U de Mann Whitney	0,57
Fernández	Tiempo de baja	Paramétrico	ANOVA	0,347
	Escalón articular	Paramétrico	ANOVA	0,609
	Varianza	Paramétrico	ANOVA	0,125
	Tilt volar	Paramétrico	ANOVA	0,365
	Inclinación radial	Paramétrico	ANOVA	0,538
Tipo de placa	Resultado Rx	Categóricas	Chi cuadrado	0,190

RESULTADOS:

- Edad media: 47,9 ± 10,2 años.
- Tiempo previo a IQ: 12,8 ± 4,3 días.
- Rehabilitación tras IQ: 21,1 ± 6,4 días desde la cirugía.
- Resultado funcional (MEPS modificado para muñeca): 72,8 ± 10,8 puntos.



Tiempo previo a IQ  
Tiempo inicio RHB

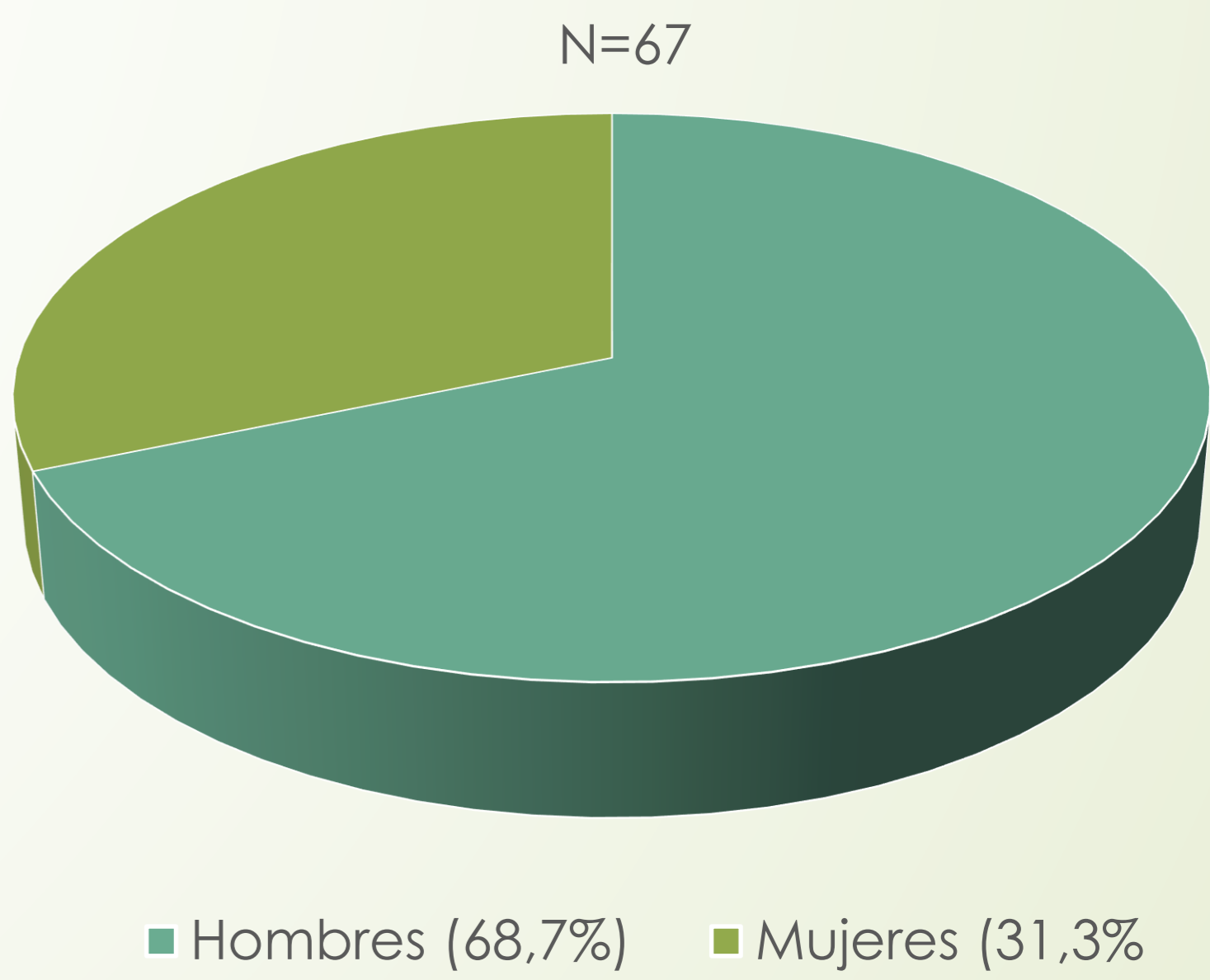
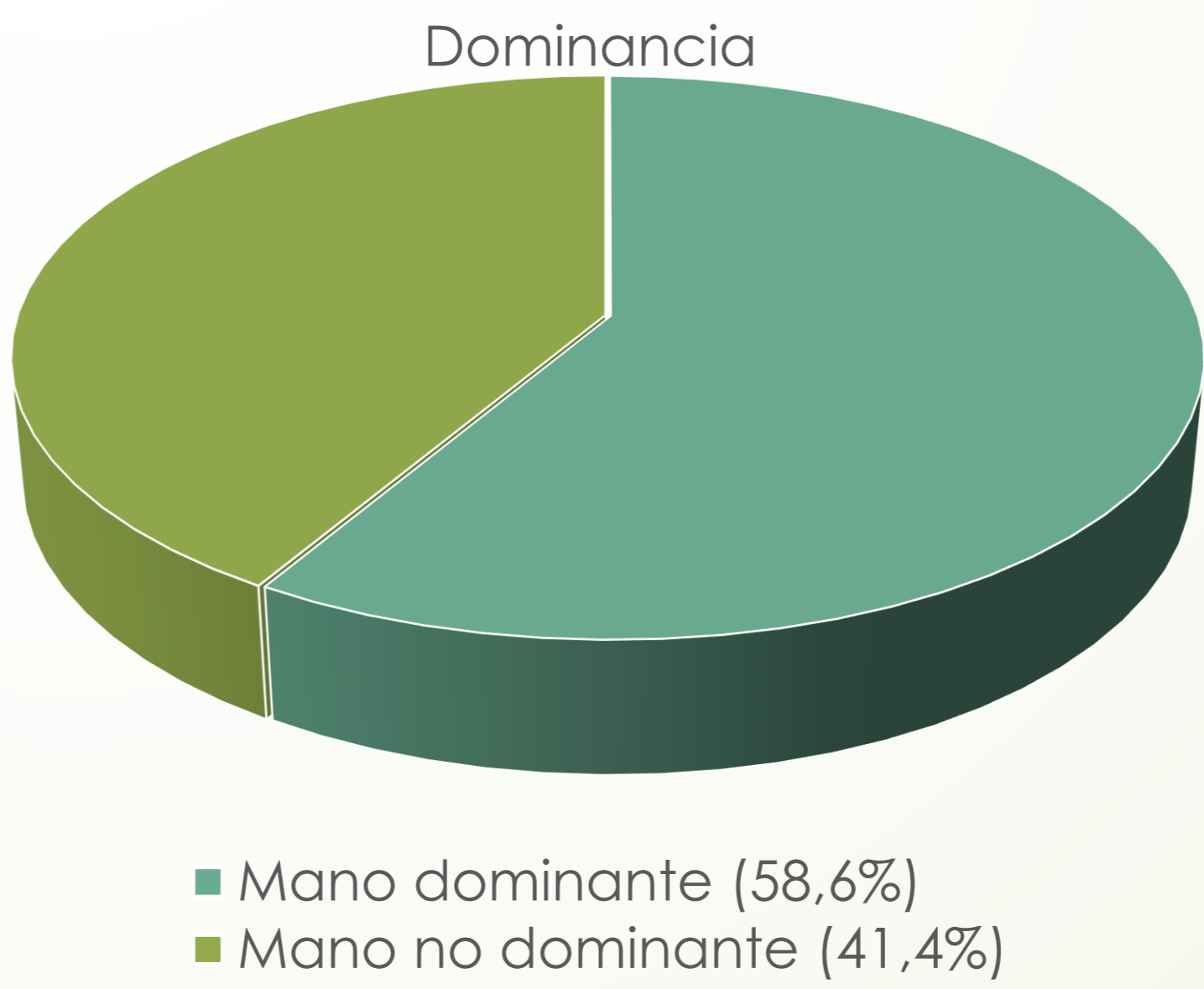
p= 0,193  
p= 0,57

Resultado funcional.

Tipo de fractura

p>0,05

Resultado radiológico.



CONCLUSIONES:

- No diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas.
- El tipo de fractura no influyó en los resultados radiológicos valorados tras la cirugía, por lo que se podría concluir que aun siendo peores los tipos de fractura, se consiguen en general buenos resultados, debido a un desarrollo técnico y de experiencia importante.
- Este trabajo podría servir como estudio piloto para trabajos posteriores, dada la posible limitación debida al tamaño muestral.

1. Delgado PJ, Martínez-Capocchini DM, Cervera J. Fracturas del radio distal: encuesta sobre preferencias de manejo y tratamiento. Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano. 2015 May;43(01):028–37.

2. Utrillas Compalred A, Delgado Martínez AD, Delgado Serrano PJ. Fracturas de la extremidad distal de cúbito y radio. Curso COT; 5, 45, 2019, pág 3-7.

3. Fernández DL, Scott WW. Fracturas del extremo distal del radio. Green DP, Al E. Cirugía de la mano; 4, 16, 2007. Madrid Marbán.

4. Volar Plate Fixation Versus Cast Immobilization in Acceptably Reduced Intra-Articular Distal Radial Fractures.

5. Unglaub F, Langer MF, Hohendorff B, Müller LP, Unglaub JM, Hahn P, et al. [Distal radius fracture of the adult : Diagnostics and therapy]. Der Orthopade [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Jul 5];46(1):93–110.

6. Shihab Z, Sivakumar B, Graham D, del Piñal F. Outcomes of Arthroscopic-Assisted Distal Radius Fracture Volar Plating: A Meta-Analysis. The Journal of Hand Surgery. 2022 Apr;47(4):330-340.e1.

7. Saphirp LM, Kamal RN,. Distal Radius Fracture Clinical Practice GuidelineUpdates and Clinical Implications. J Hand Surg Am. 2021;46(9):807e811.

8. Técnica quirúrgica: geminus, acu-lock, synthes.

9. Ballester Téllez C, Gonzalo J, Vargas B. CAPÍTULO 110 -FRACTURA DE LA EXTREMIDAD DISTAL DEL RADIO [Internet]. Available from: [https://unitia.secot.es/web/manual\\_residente/CAPITULO%20110.pdf](https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%20110.pdf)