

¿ES IMPORTANTE LA MALROTACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE FRACTURAS DE ANTEBRAZO?

Plaza Cardenete M., Álvarez Soler B., Perales Calzado C., Seral García B., Albareda Albareda J.
Servicio de COT del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción y objetivos:

Las fracturas de antebrazo en la infancia suelen evolucionar favorablemente en la mayoría de los pacientes. Pero en algunos casos, malas reducciones o desplazamientos secundarios, producen angulaciones y alteraciones rotacionales en el antebrazo que se han de corregir. El objetivo es presentar dos casos de pacientes que debido a las secuelas de fracturas de antebrazo, requirieron de osteotomía desrotadora de cúbito y radio.

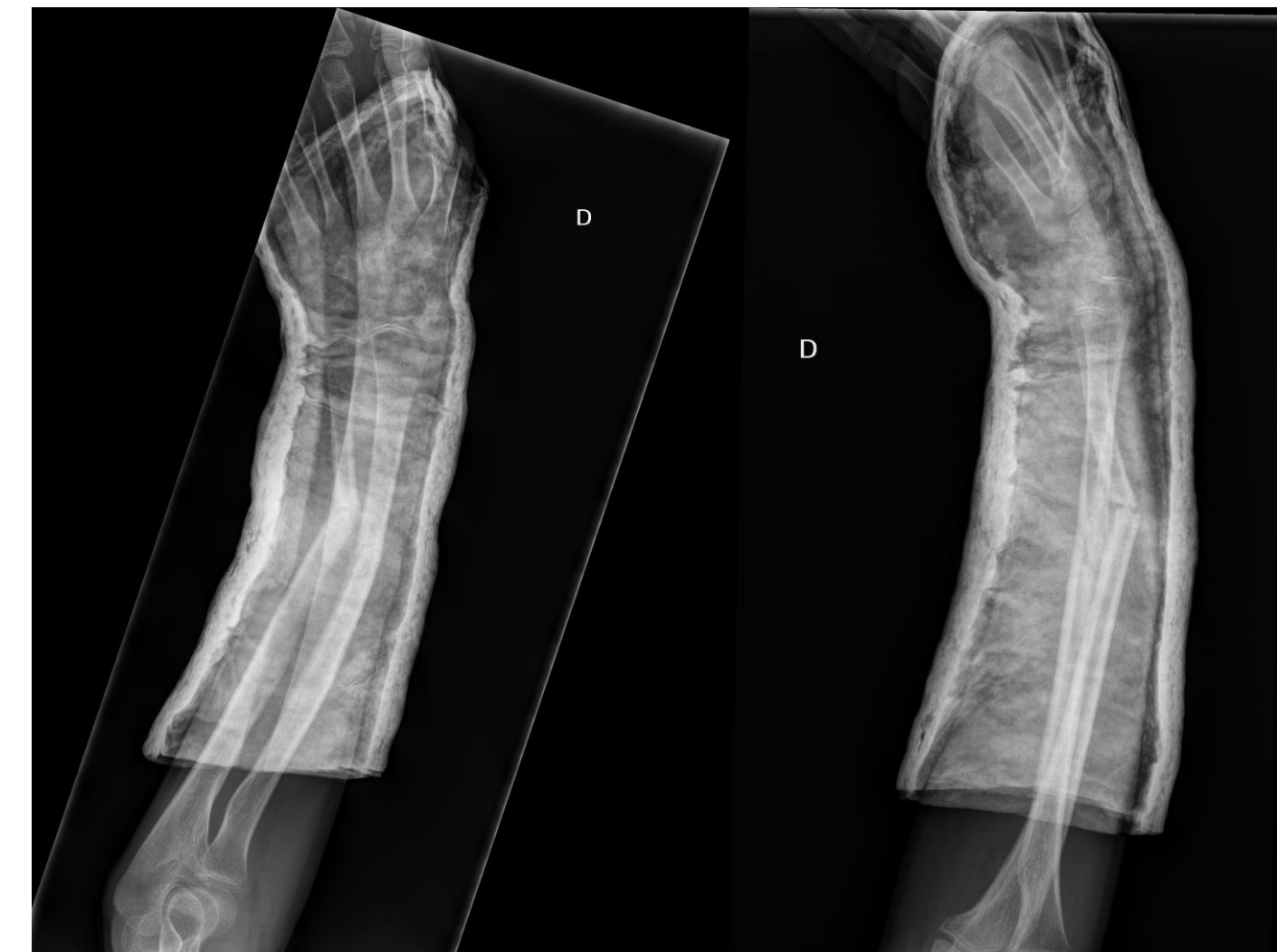


Imagen. Radiografía AP y lateral donde se observa la malrotación de radio y cúbito

Material y Metodología:

El primer caso fue una paciente de 12 años que acudió a consultas por dolor crónico en muñeca derecha. Como antecedente presentaba una fractura diafisaria de cúbito y radio de dos años de evolución que consolidó con una angulación de 30 ° en radio y malrotación en cúbito.

El segundo caso fue un paciente de 14 años con antecedente de refractura de diáfisis de radio y cúbito derecho. En consultas se observó un desplazamiento secundario con malrotación de cúbito. En ambos casos se decidió realizar una osteotomía desrotadora de ambas diáfisis y osteosíntesis con placas de titanio.



Imagen. Radiografía AP y lateral de osteosíntesis de radio y cúbito

Resultados:

En ambos casos se realizó inmovilización con férula dorsal durante un mes, al mes podían realizar natación pero reposo de deporte de contacto durante tres meses (se aconsejó órtesis de protección). A los seis meses, se retiró órtesis de protección y ambos pacientes se reincorporaron a su actividad física previa sin dolor.



Imagen. Exploración física a los 6 meses de la intervención

Conclusiones:

A pesar de que las fracturas de antebrazo en la infancia son más permisivas a la hora de los grados de angulación que pueden aceptar gracias a la remodelación, se ha de ser estricto con la rotación. Las malrotaciones no tienen capacidad de remodelación y son mal toleradas por las secuelas que producen. De hecho, si de forma cerrada no se consigue una buena rotación, se han de intervenir quirúrgicamente para evitar cirugías más complicadas a posteriori.

Bibliografía:

1. Khaled M, Fadle AA, Attia AK, Sami A, Hafez A, Abol Oyouun N. Single-bone versus both-bone plating of unstable paediatric both-bone forearm fractures. A randomized controlled clinical trial. Int Orthop. 2022;46(1):105-14.
2. Prommersberger KJ, Froehner SC, Schmitt RR, Lanz UB. Rotational deformity in malunited fractures of the distal radius. J Hand Surg Am. 2004;29(1):110-5.
3. Roth K, van Es E, Kraan G, Eygendaal D, Colaris J, Stockmans F. Accuracy of 3D Corrective Osteotomy for Pediatric Malunited Both-Bone Forearm Fractures. Children (Basel). 2022;10(1):21.