

# Fractura de cabeza radial en el niño. Opciones de tratamiento.

Marcos González Alonso, Elena Matilla Basoa, Juan José González Fernández, Celia Arribas Pinillos, Iván Soto Pérez

## Introducción

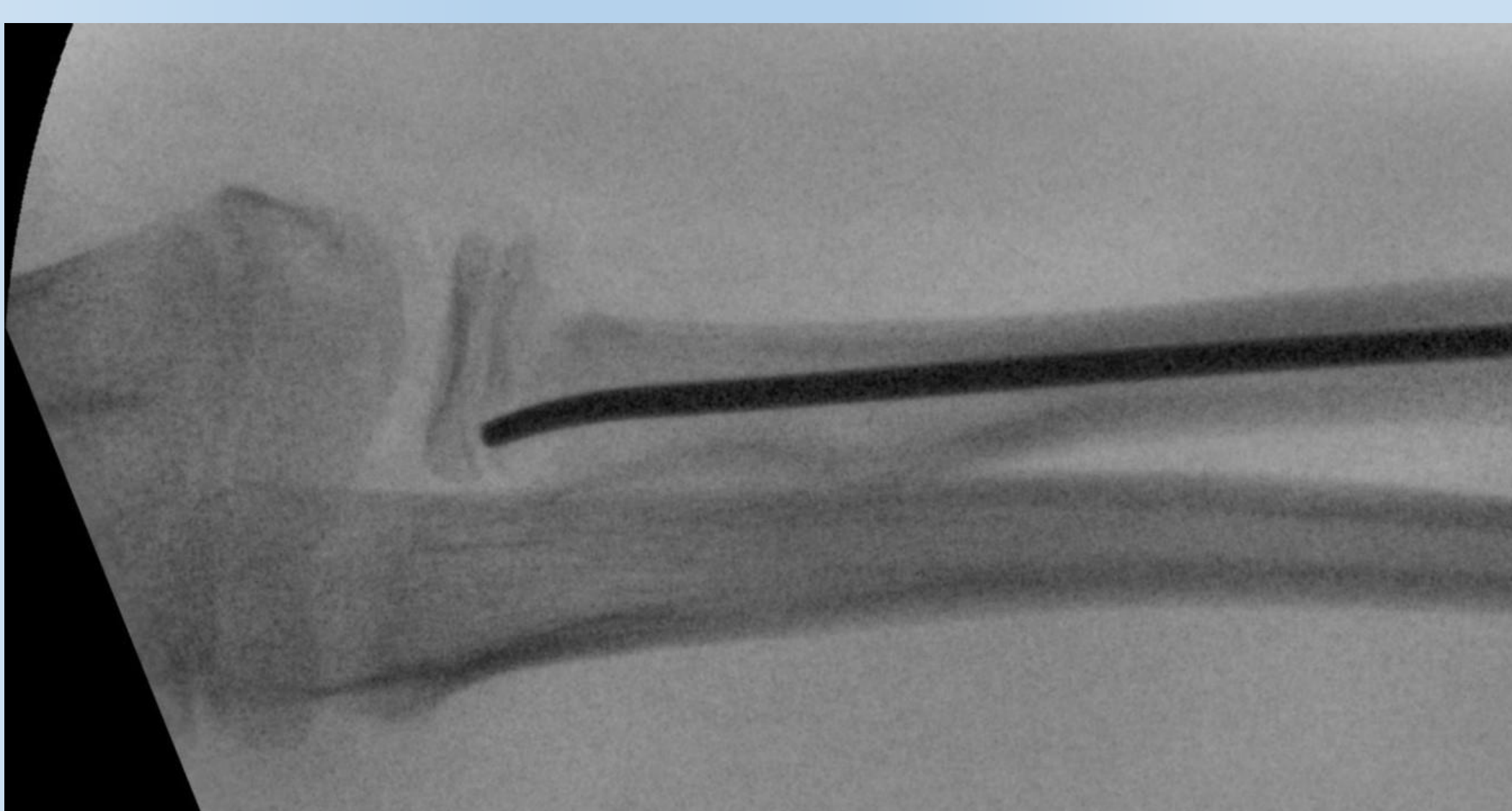
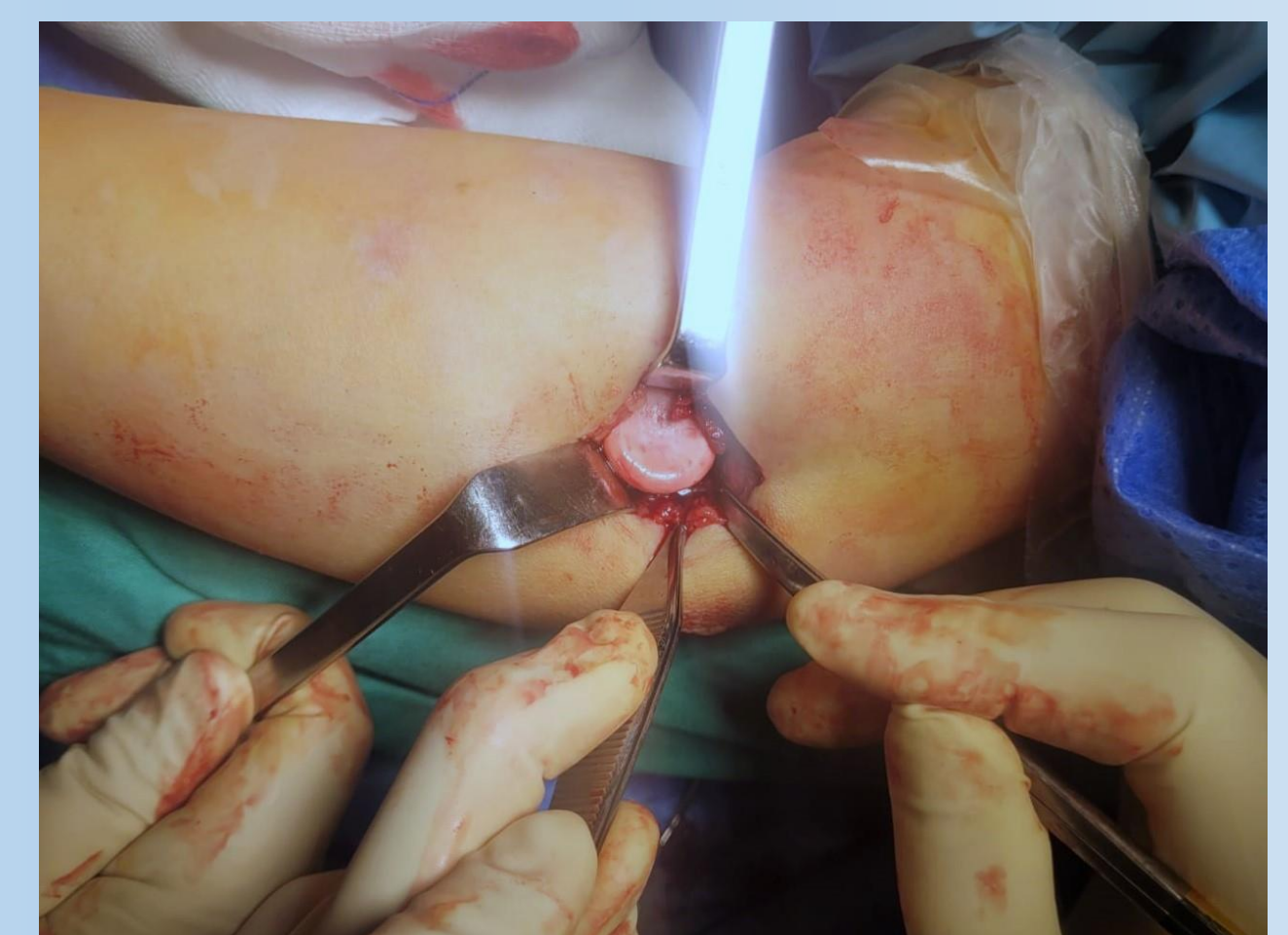
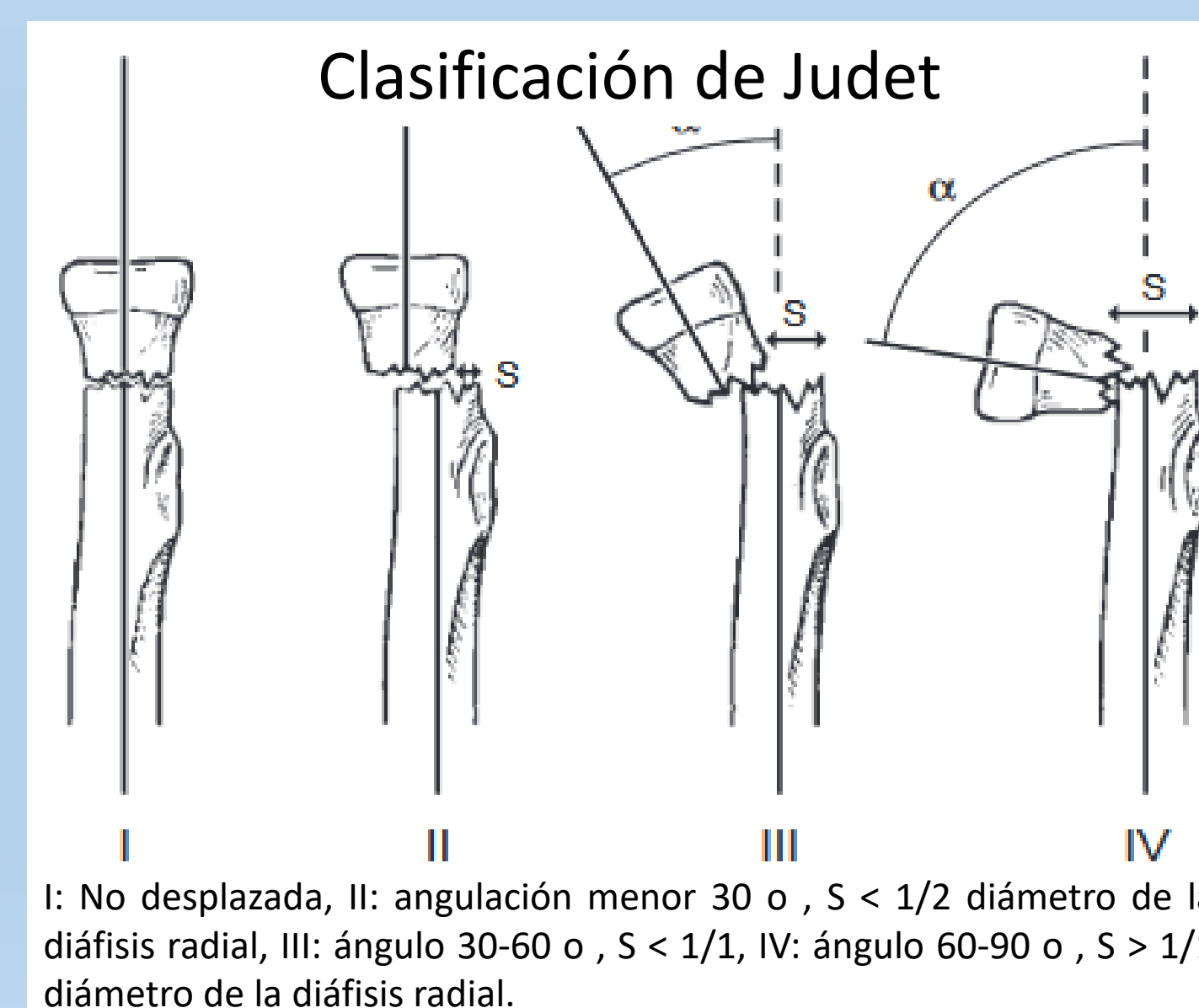
Las fracturas proximales de radio suponen el 5-10% de las fracturas en el codo en menores de 16 años. Son frecuentemente epifisiolisis tipo Salter y Harris I y II y se suelen producir por caídas en extensión y valgo forzado.

## Objetivos

El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de una epifisiolisis de radio proximal intervenido en nuestro centro y describir las alternativas terapéuticas.

## Material y métodos.

Presentamos el caso de un paciente de 8 años, que es derivado a nuestro centro por comorbilidades asociadas, con una epifisiolisis de radio proximal izquierdo tras una caída. Atendiendo al grado de desplazamiento, Judet clasificó estas fracturas en cuatro tipos. En el caso de nuestro paciente se trataba de un tipo IV por presentar una traslación completa respecto a la diáfisis y una angulación de 90°. El tratamiento para los tipos III y IV es quirúrgico. En primer lugar, se ha de intentar la reducción cerrada destacando la técnica de Patterson, aplicando varo y empujando la cabeza con los dedos, y la técnica de Israeli, flexionando el codo a 90° con presión sobre la cabeza del radio y llevando de supinación a pronación completa el antebrazo. En las tipo IV no suelen ser exitosas por lo que la siguiente alternativa son las técnicas percutáneas destacando dos: la de Pesudo, empleando un clavo de Steinmann como joystick en la cabeza radial; y la de Metaizeau, que introduce una aguja intramedular, o enclavado intramedular elástico (EIE), desde el radio distal hasta la cabeza reduciéndola mediante rotación de la aguja. La reducción abierta se reserva como última opción, como ocurrió en nuestro caso, realizando un abordaje de Kaplan sobre la cabeza radial. Una vez expuesta se reduce y se comprueba estabilidad pudiendo no precisar fijación si ésta se consigue, en caso contrario puede realizarse con agujas de Kirschner. Dado que nuestro paciente tenía patología grave que dificultaba tanto la extracción de las agujas en consulta como una nueva anestesia, decidimos realizar la osteosíntesis con EIE reabsorbible permitiendo controlar mejor la reducción.



## Resultados

A las dos semanas comenzó movilización controlada y seis meses después hemos conseguido una movilidad 20-120° con una pronosupinación de unos 120° en conjunto.

## Conclusiones

Este tipo de fracturas son una patología poco frecuente en la edad pediátrica y en los pacientes que precisan de reducción abierta la pérdida de movilidad es más acentuada.