

Resultados a largo plazo de la extirpación de la cabeza radial tras fractura de la misma

A propósito de 15 casos

G. GARCÉS y J. FERNANDO

RESUMEN

Hemos controlado 15 pacientes a los que se extirpó la cabeza radial, tras fractura de la misma, en un período entre 1971 y 1979. Analizamos los resultados después de estudio clínico y radiológico.

Descriptores: Fractura de cabeza radial. Extirpación.

SUMMARY

15 patients whose radial head was extirped, after fracture, between 1971 and 1979, were controlled. Results were analyzed after clinical and radiological valuation.

Key words: Radial head fracture. Extirpation.

Introducción

La fractura de la cabeza radial es una fractura relativamente frecuente que normalmente se produce por caída sobre la mano en hiperextensión con una posición forzada del valgo fisiológico y choque del radio sobre el cóndilo humeral.

WATSON-JONES (10) señala que a pesar de existir imágenes radiológicas de simple fractura marginal, la afectación de la cabeza en la mayoría de las ocasiones es tal que si se permite la evolución natural de la fractura quedará como secuela una importante restricción de la flexo-extensión del codo. Atendiendo a esta razón aconseja la extirpación precoz de toda la cabeza radial, aun con imágenes radiológicas de afectación discreta, como tratamiento de las fracturas de la misma.

Nosotros hemos extirpado 32 cabezas

de radio y hemos podido controlar los resultados de la operación en 15 pacientes que llevaban entre uno y ocho años y medio de evolución.

Material y métodos

Hemos controlado 15 pacientes operados entre 1971 y 1979, a los que se extirpó totalmente la cabeza radial tras haber sufrido fractura de la misma. La extirpación se realizó, según técnica habitual, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al traumatismo salvo en una niña de 11 años que había sufrido fractura-epifisiolisis ocho meses atrás con mala consolidación y gran restricción de la motilidad. A todos los pacientes se les inmovilizó tras la operación con férula de yeso en 90° durante diez días, al cabo de los cuales comenzaron un período de rehabilitación cuya duración estuvo

en función de las necesidades de cada individuo.

La edad de nuestros pacientes osciló entre 11 (fractura anterior mal consolidada) y 64 años. Media de 37'46 años.

La distribución por sexos fue de ocho hembras y siete varones.

La clasificación según el tipo de fractura nos deparó:

- 9 marginal desplazada.
- 2 marginal no desplazada.
- 3 conminuta.
- 1 fractura-epifisiolisis mal consolidada.

El tiempo transcurrido desde la operación hasta la fecha del control fue de un año en 2 pacientes, alrededor de tres años en 8 pacientes y alrededor de ocho años en 5 operados.

Resultados

Hemos valorado los resultados con relación a los siguientes parámetros:

A) Tiempo de estancia hospitalaria: Osciló entre seis y veinte días. Media 10'9 días.



FIG. 1

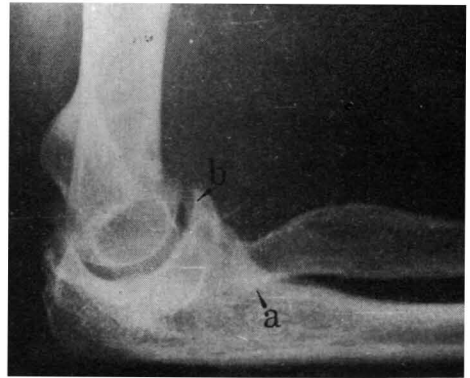


FIG. 2

B) Tiempo de incorporación al trabajo: Osciló entre uno y seis meses para los 13 que lo hicieron. (Media 3'1 meses). Aún no se han incorporado un paciente al que se le realizó artroplastia por concomitar con fractura de olecranon y luxación de codo y otro oligofrénico.

C) Desempeño del mismo trabajo: Todos los incorporados han seguido realizando el mismo trabajo que anteriormente.

D) Hallazgos clínicos:

— Molestias actuales: Dos manifestaron discreta pérdida de fuerza y uno ciertos dolores con los cambios de tiempo. El resto no refirió sintomatología subjetiva alguna.

— Pronosupinación: Fue absolutamente normal en 14 casos. Muy limitada en el paciente oligofrénico.

— Flexo-extensión de codo: Hubo limitación de la extensión de menos de 10° en 4 pacientes; alrededor de 25° en el paciente oligofrénico y alrededor de 50° en el paciente con la artroplastia. La flexión fue absolutamente normal en todos los casos.

— Valgo del codo: Siete pacientes (46'6 por 100), incluyendo a la niña operada a los 11 años, presentaron un valgo entre 10

y 20° mayor en el lado operado que en el sano.

— Potencia muscular: Fue absolutamente normal en 12 pacientes; discretamente disminuida en uno y sensiblemente menor en el de la artroplastia.

— Flexo-extensión de muñeca: Absolutamente normal en 14 casos. Discretamente limitada en el paciente oligofrénico.

— Desviación radial de la mano: Cuatro de ellos presentaron menos de 10° y uno (paciente oligofrénico) alrededor de 20°. Representa un porcentaje del 33'3 por 100.

E) Hallazgos radiológicos:

— Crecimiento óseo a nivel de la escisión radial: Se observó en 13 casos (86'6 por 100), todos con más de dos años de operados. Fue de dos tipos, aplanado (fig. 1) y vertical (fig. 2, a).

— Osteofitos en coronoides: Se observó en 10 casos (66'6 por 100) sin guardar rela-



FIG. 3



FIG. 4

ción ni con la edad del paciente ni con el tiempo transcurrido desde la operación (fig. 2, b).

— Osteofitos en olecranon: Fue visto en 4 casos (26'6 por 100) todos con más de tres años de operados (fig. 2, c).

— Pinzamiento articular: No se observó en ningún caso.

— Calcificaciones periarticulares: Se vio en 2 casos (13'3 por 100) ambos con más de tres años de operados (fig. 3).

— Subluxación radiocubital distal: Se observó en 4 casos (26'6 por 100) todos con más de seis años de operados (fig. 4).

Discusión y comentarios

El tratamiento de la fractura de la cabeza radial ha sido muy discutido a lo largo del tiempo: CHARNLEY (1) aboga por el tratamiento conservador con movilización precoz; QUIGLEY (9) realiza aspira-

ción de la articulación seguida de movilización temprana; otros autores colocan prótesis para sustituir a la cabeza extirpada, etc. Lo cierto es que, como HEPPENSTALL (4) señala recientemente, no existe un acuerdo universal acerca del tratamiento de estas fracturas.

Varios autores (2, 3, 5, 6, 8) han publicado su experiencia con la extirpación de la cabeza radial tras fractura de la misma. Nosotros, a la vista de los resultados obtenidos con nuestros pacientes, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Presenta una incapacidad laboral prácticamente nula con integración al trabajo en un período corto de tiempo. (Tiempo medio de integración en nuestros pacientes 3'1 meses).

2. Hallazgos clínicos poco importantes que se mantienen casi sin cambios a pesar del tiempo transcurrido (máximo controlado por nosotros ocho años y medio) y a pesar de los hallazgos radiológicos más o menos exhuberantes.

3. La función articular del codo demuestra una limitación muy discreta (menos de 20°) para la extensión en aproximadamente la cuarta parte de los casos, permaneciendo la flexión, pronosupinación y fuerza muscular flexoextensora y pronosupinadora en perfecto estado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 CHARNLEY, J. (1976): *El tratamiento incruento de las fracturas frecuentes*. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.
- 2 EL GHAWABI, M. H. (1973): Fracture of the neck of the radius with medial displacement of the head. *J. Bone Joint Surg.*, 55-B, núm. 3. Aug.
- 3 FAIRBANK, H. A. T. (1930): Discussion of two cases of disability at the wrist joint following excision of the head of the radius. *Proc. R. Soc. Med.*, 24, 904-905.
- 4 HEPPENSTALL, R. B. (1980): *Fracture treatment and healing*. Philadelphia, Saunders.
- 5 JONES, E. R. L. and ESAH, M. (1971): Displaced fractures of the neck of the radius in children. *J. Bone Joint Surg.*, 53-B, núm. 3. Aug.
- 6 KING, B. B. (1939): Resection of the radial head and neck (and end-result study of thirteen cases). *J. Bone Joint Surg.*, 21, 839-857.
- 7 LEVIN, P. D. (1973): Fracture of the radial head with dislocation of the distal radio-ular joint: case report. Treatment by prosthetic replacement of the radial head. *J. Bone Joint Surg.*, 55-A, núm. 4. June.
- 8 MC DOUGALL, A. M. and WHITE, J. (1957): Subluxation of the inferior radio-ular joint complicating fracture of the radial head. *J. Bone Joint Surg.*, 39-B, 278-287.
- 9 QUIGLEY, T. B. (1949): Aspiration of the elbow joint in treatment of fractures of the head of the radius. *N. Engl. J. Med.*, 240, 915-916.
- 10 WATSON-JONES, R. y cols. (1957): *Fracturas y traumatismos articulares*. 2.ª ed., Barcelona, Salvat Editores.