

FRACTURAS DEL TERCIO DISTAL DEL RADIO UN TRATAMIENTO SENCILLO Y EFICAZ

Dr. Emilio Martín Martinoia

INTRODUCCIÓN

El tercio distal del radio, junto con el cúbito y la primera fila del carpo, constituyen la articulación de la muñeca, que le permite a la mano un movimiento de flexión-extensión de 120°, con 15° de desviación radial y 35° de desviación cubital¹ y un movimiento de pronosupinación que se desarrolla en las articulaciones radiocubital distal y proximal del antebrazo.

Brand² calculó que las fuerzas generadas por los músculos antebraquiales eran de 500 kg aproximadamente; y los trabajos experimentales de Palmer³ demostraron que, alrededor de 80% de los esfuerzos axiales transmitidos por el fibrocartilago triangular, eran soportados por el extremo distal del radio y 20% por el extremo distal del cúbito.

Toda esta gran complejidad de articulaciones con sus diversas fuerzas de movimiento, reducido a un segmento del cuerpo humano, hace que el concepto moderno en el tratamiento de las fracturas del tercio distal del radio sea bien definido por Pointevín⁴. En el adulto joven y en el anciano activo debe procurarse una reducción anatómica, para minimizar secuelas de artrosis, desorganización del carpo y dolores con trastornos de la función.

Por lo tanto presentó un método simple y rápido, que es una variante del método original de Kapandji⁵. Ha sido utilizado en fracturas estables desplazadas e inestables tanto extra como intrarticulares a grandes fragmentos. La reducción previa de estas fracturas lleva a que los poderosos ligamentos que conforman la muñeca arrastren a los fragmentos a una posición correcta. Además impiden luego de la reducción, la impactación tan frecuente de los mismos, por pérdida de las fuerzas, disminución del hematoma y edema o del apoyo y contención que se ejerce con el yeso⁶.

MATERIAL Y METODO

Se han tomado diez pacientes entre 42 y 88 años, con una media de 65 años; seis mujeres presentaron fractura del radio distal con desplazamiento dorsal por traumatismo, tres asociadas a fracturas de la apófisis estiloides cubital y todas tratadas dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente.

Se utilizó anestesia plexual y no se colocó manguito.

Previa reducción de la fractura con maniobras de tracción y flexión palmar, con una aguja intramuscular se localizó en la cara lateral del radio el trazo de fractura, igual que al realizar una anestesia focal. Al lado de la aguja, se introdujo perpendicular a dicha cortical lateral una clavija de 2 mm, hasta tocar por dentro la cortical contraria y se comenzó a orientar a 45° en dirección proximal (igual al método de Kapandji); se fijó con motor a la cortical opuesta, lo que hizo que la clavija empujara hacia distal el fragmento, manteniendo una buena reducción, siendo la misma estable. Se colocaron luego 1 o 2 clavijas más en la cara dorsal, según la cantidad de fragmentos (fig. 1).

Hay que tener en cuenta el desplazamiento hacia proximal de la piel al introducir la clavija para evitar la V de tracción en la misma. Las clavijas se dejaron fuera de la piel con sus extremos doblados para evitar la migración. Se tomaron radiografías de control.

Luego se realizó un yeso antebraquiopalmar por 6 semanas en posición funcional de la muñeca.

Al finalizar este período se retiró el yeso y las clavijas, previo control radiográfico de consolidación.

RESULTADOS

Se logró una reducción aceptable con menos de 2 mm de escalón entre los fragmentos.

La orientación de la carilla articular del radio fue en todas satisfactoria de acuerdo a los ángulos obtenidos tomando como parámetro la fig. 2.

No hubo infecciones, ni tendinitis. No hubo impactación de los fragmentos, ni hubo necesidad de



Figura 1. Secuencia de colocación de las clavijas.

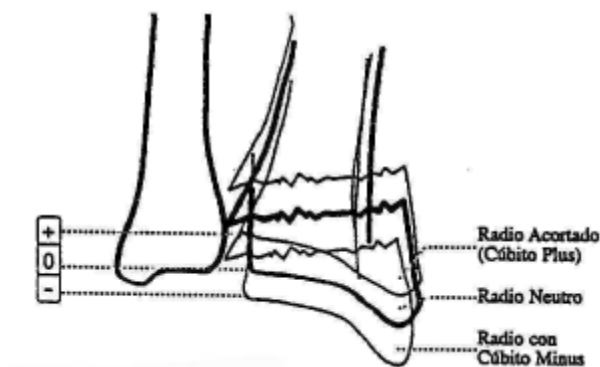


Figura 2. Determinación de la longitud del radio

injerto óseo, sobre todo en los pacientes de avanzada edad.

No se realizaron incisiones en la piel. No presentaron síndrome de reabsorción ósea localizada, debida al movimiento precoz.

Un sólo paciente tuvo que ser operado por presen-

tar migración de las clavijas en el antebrazo, ya que no habían sido doblados sus extremos.

Rápida introducción de la mano en su vida diaria, al no presentar dolor y teniendo movimiento de pronosupinación del antebrazo y flexoextensión del codo.

La figura 3 muestra cada uno de los tres momentos del tratamiento: la fractura desplazada, la fractura operada y la evaluación luego de varios meses de retirado el yeso.

DISCUSIÓN

Este trabajo, tomando como base el método de Kapandji, consiste solamente en modificar dos o tres pasos más sencillos de la técnica, en bienestar del paciente, aseverando el buen resultado de la misma.

La falta de impactación de los fragmentos es fundamental, ya que la fractura consolida por sus corticales; y en aquellas de 2 o 3 fragmentos, antes de realizar una osteosíntesis e injerto con todas sus complicaciones, se debería intentar este método que no insuere más de 10 minutos.



Figura 3. a. fractura de radio desplazada. b. luego de la corrección quirúrgica c y d. control a los 2 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Carthy. *Cirugía plástica*, Tomo I. Panamericana 1992;404-5
2. Brand PW, Beach RB, Thompson DE. Relative tension and potential excursion of muscles in the forearm and hand. *J Hand Surg* 1981;6:209-19
3. Palmer AK, Werner FN. Biomechanics of the distal radioulnar joint. *Clin Orthop* 1984;187:26
4. Pointevin LA. *Ortopedia y traumatología. Repertorio Clínico Quirúrgico. Fracturas del tercio distal del radio* 1997:3-7.
5. Kapandji A. L' Osteosynthese par double embrochage intrafocal. *Traitement fonctionnel des fractures non articulaires de l'extrémité inférieure du radius. Ann Chir* 1976;30;11-12:903-8
6. Charnley J. *El tratamiento incruento de las fracturas frecuentes. Panamericana., 1976.*