

# Caso pediátrico de fractura-luxación de cuello del radio

*Frascella Bracho NC, Ortega Sanchez C, García Cantarero M, De La Esperanza Rubio J, Rapicano Rico A.*

## Objetivos

Presentar el caso de un niño con fractura-luxación de cuello del radio visto en nuestro hospital.



## Material y metodología

Varón de 8 años con dolor en codo derecho tras caída en bicicleta.

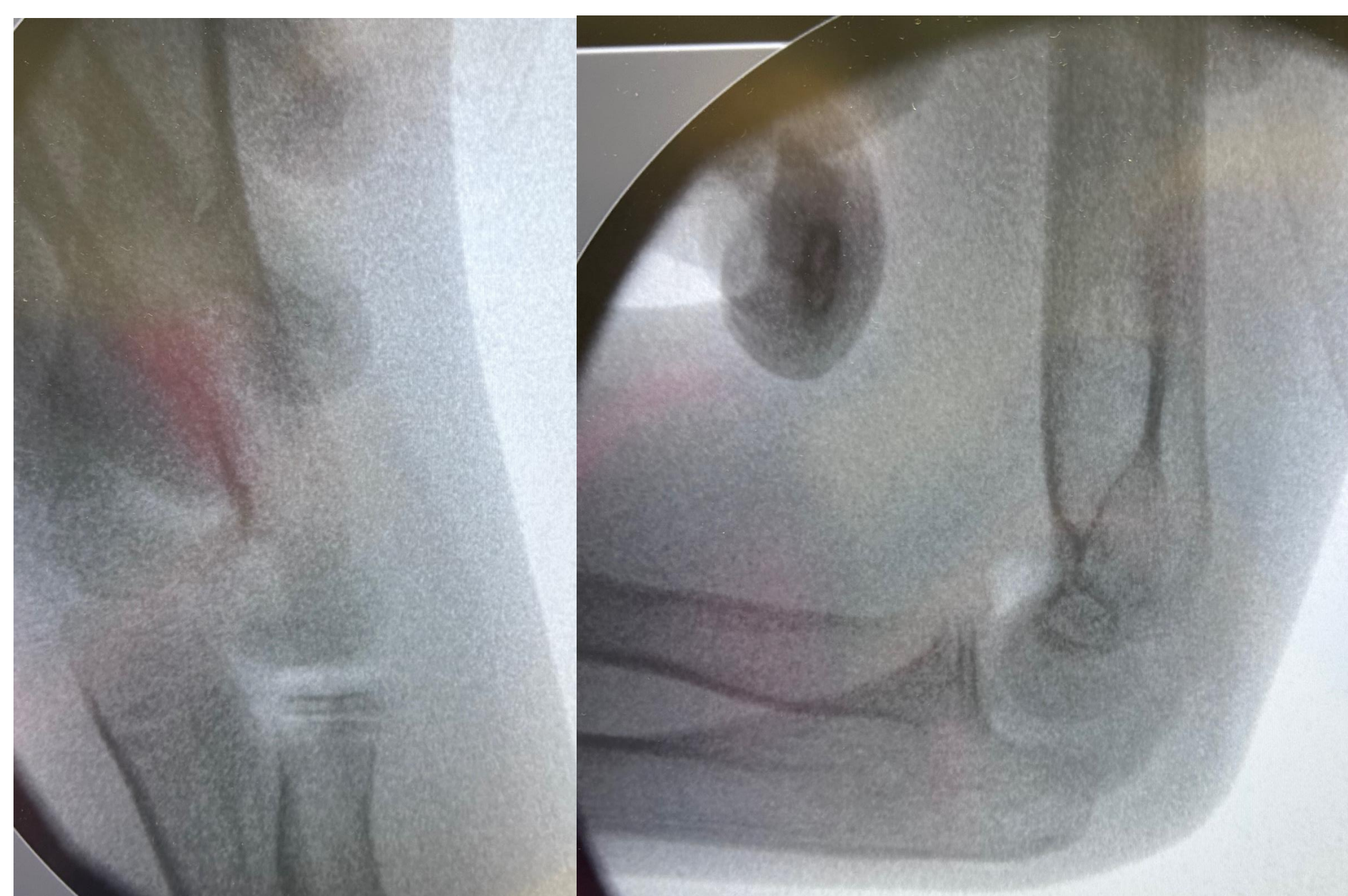
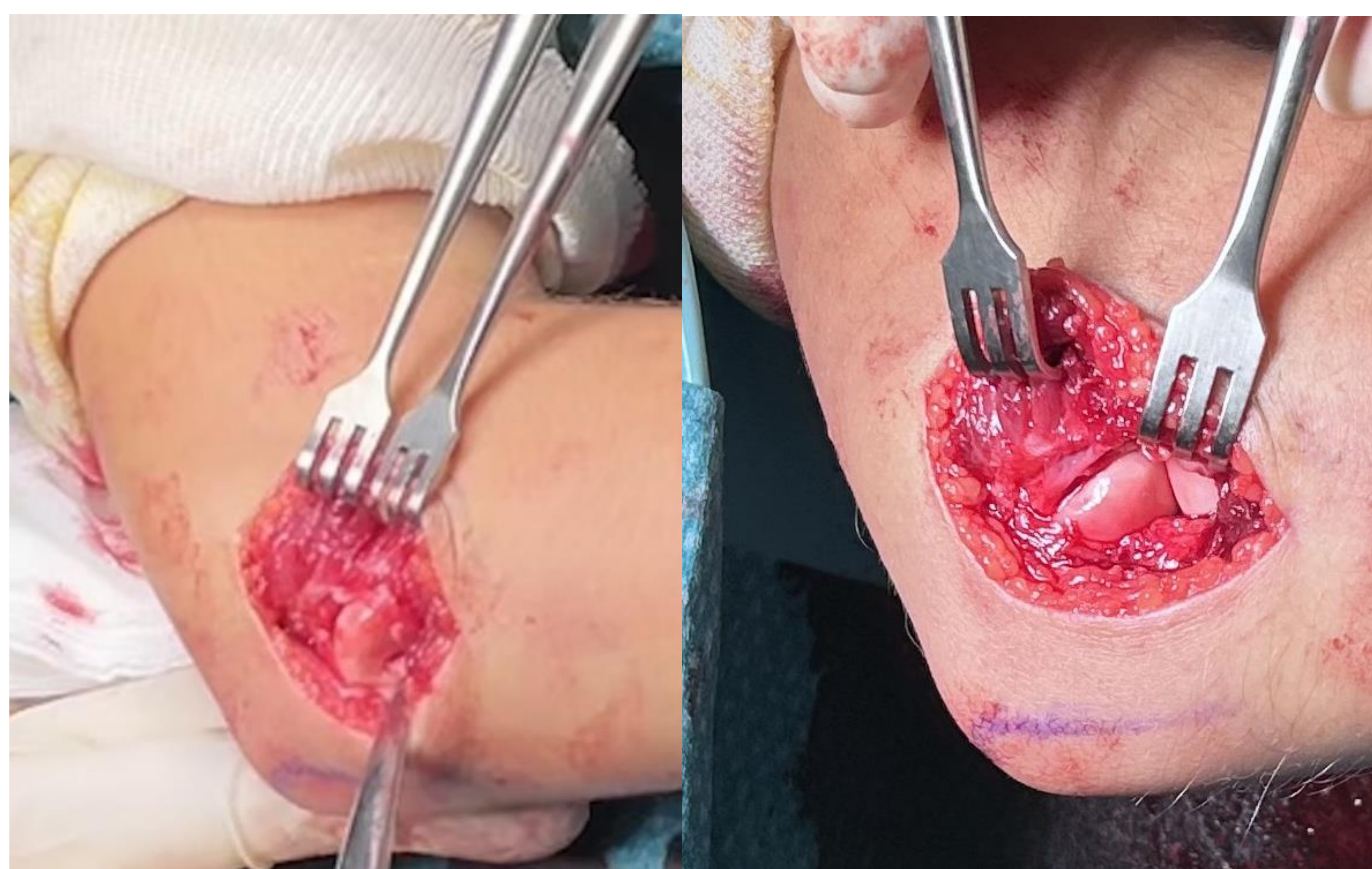
A la exploración presentaba dolor en epicóndilo lateral y cabeza de radio, flexión 90°, extensión -45° y bloqueo de la pronosupinación, sin alteración neurovascular concomitante.

En la radiografía se observó luxación de codo con epifisiolisis desplazada y volteada de cabeza radial.

## Resultados

Bajo anestesia general, se intenta reducción cerrada sin éxito, por lo que, mediante un abordaje lateral se localiza cabeza radial volteada 180°, abisagrada en posterior. Se realiza reducción manual y se comprueba estabilidad clínica y radiológica con pronosupinación conservada. Se inmovilizó con férula braquiopalmar, que se retiró a las 3 semanas.

A las 11 semanas tras la intervención presentaba buena evolución, sin dolor, con flexoextensión completa y déficit de 15° de supinación, en la radiografía se confirma la correcta consolidación de la fractura.



## Conclusiones

En fracturas del cuello del radio poco desplazadas (menos de 30°, tipos I y II de Judet) está indicado el manejo conservador, con reducción cerrada (mediante presión sobre la cabeza del radio y desviación en varo del codo) e inmovilización.

En el caso de fracturas desplazadas (tipos III y IV) o cuando la reducción cerrada no es posible, se opta por reducción percutánea o abierta con o sin fijación interna (FI).

La reducción percutánea se puede realizar con agujas utilizadas como joystick o mediante la técnica de Metaizeau que consiste en la inserción de un clavo flexible intramedular retrógrado, realizando la reducción con la rotación del clavo. Se reserva la FI para casos en los que persista la inestabilidad, contraindicándose las agujas transcápitelares por el riesgo de rotura del material y la escisión de la cabeza, porque produce una deformidad en valgo del codo con migración distal del radio.

La complicación más habitual es la disminución de la movilidad, más común en fracturas con FI. Otras menos frecuentes son la neuropraxia del interóseo posterior, hipercrecimiento o necrosis avascular de la cabeza, sinostosis radiocubital proximal, cierre fisario precoz y pseudoartrosis.