

SECUELAS DE FRACTURA DE MUÑECA EN PACIENTE INMADURO, MANEJO TERAPÉUTICO DE UNA RARA COMPLICACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

CRESPO RODRIGUEZ, X; ALFAYA SALGUEIRO, F; DOMENECH BENDAÑA, C; PENELAS ABELLEIRA, N; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, M.LL; GARCIA ALFARO, D

UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA INFANTIL, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA (MATERNO INFANTIL TERESA HERRERA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las **epifisiolisis** de cúbito distal representan menos del 5% de las **lesiones fisarias**. Sin embargo, tienen gran importancia puesto que la porción distal del cúbito conlleva más del 80% de su crecimiento (1).

Una de las complicaciones más temidas es el **arresto fisario o epifisiodesis**, pudiendo provocar **deformidades** graves en el antebrazo (1,2). Entre los **factores de riesgo** encontramos la edad temprana, el desplazamiento inicial, múltiples intentos de reducción y daño fisario por material de osteosíntesis (2,3).

Dependiendo de la **edad** del paciente necesitaremos métodos más o menos complejos para su resolución (4). El objetivo del presente trabajo consiste en revisar el **manejo terapéutico** posible en epifisiodesis de cúbito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 12 años con diagnóstico de fractura diafisaria de tercio distal de radio y **epifisiolisis tipo I** (Salter y Harris) **desplazada** de cúbito distal. Fue sometido a reducción quirúrgica urgente mediante enclavado endomedular elástico de radio y reducción abierta y fijación con aguja de Kirschner de cúbito. Se inmoviliza durante 4 semanas.

Los primeros controles radiográficos son satisfactorios; sin embargo, la rarefacción y ensanchamiento de la fisis cubital sugieren cierre fisario (2B); se retira de material y se continúa vigilancia.



Imagen 1: A, B Fractura inicial. C,D Control postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS

A los 5 meses tras la fractura se confirma el arresto fisario de cúbito (2C, 2D) con una **varianza cubital negativa** de 1,8 cm con respecto al contralateral.

Ante inmadurez esquelética (Risser 0) se calculan aproximadamente 2cm de discrepancia esperada mediante **método de Paley**. Se decide corrección quirúrgica mediante **técnica combinada de crecimiento guiado de radio distal y alargamiento cubital mediante fijador externo** con pines de hidroxipatita con una **distracción de 1mm diario** (Imagen 3A ,3B).

Tras **20 días de alargamiento**, sin complicaciones inmediatas, se para la distracción para mantener el fijador hasta evidenciar callo óseo maduro (Imagen 3C). En 5 meses se retira todo el material.



Imagen 2: A Retirada de yeso y AK cubital. B Consolidación de fractura y rarefacción fisaria en cúbito. C Confirmación de puente óseo o arresto fisario cubital. D Acortamiento de 1.8cm con varianza cubital negativa.

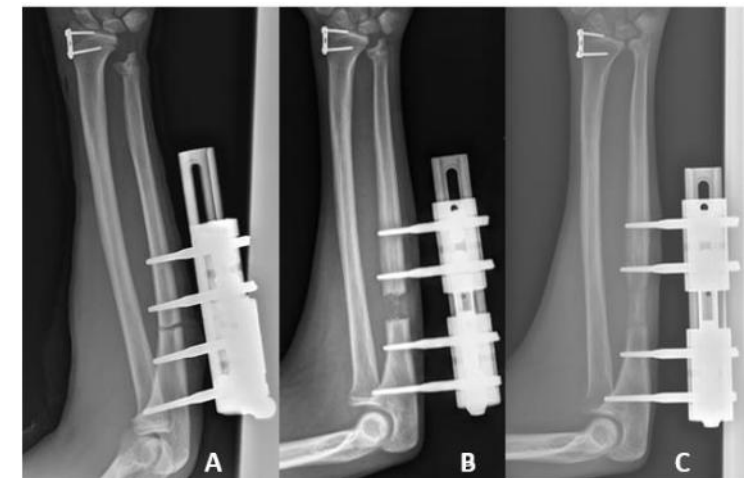


Imagen 3: A Postoperatorio inmediato, crecimiento guiado y osteotomía cubital con fijador externo. B Control con distracción y formación de callo inmaduro. C Finalización de alargamiento y callo óseo maduro.

RESULTADOS

Finalmente comprobamos a nivel **radiográfico** consolidación ósea satisfactoria y recuperación de la articulación radiocubital distal (ARCD).

La **exploración física** evidencia una muñeca estable, no dolorosa, con adecuada congruencia articular, pronosupinación completa, flexión +20 y extensión -5° que le permite mantener una vida normal y el retorno a actividades deportivas.

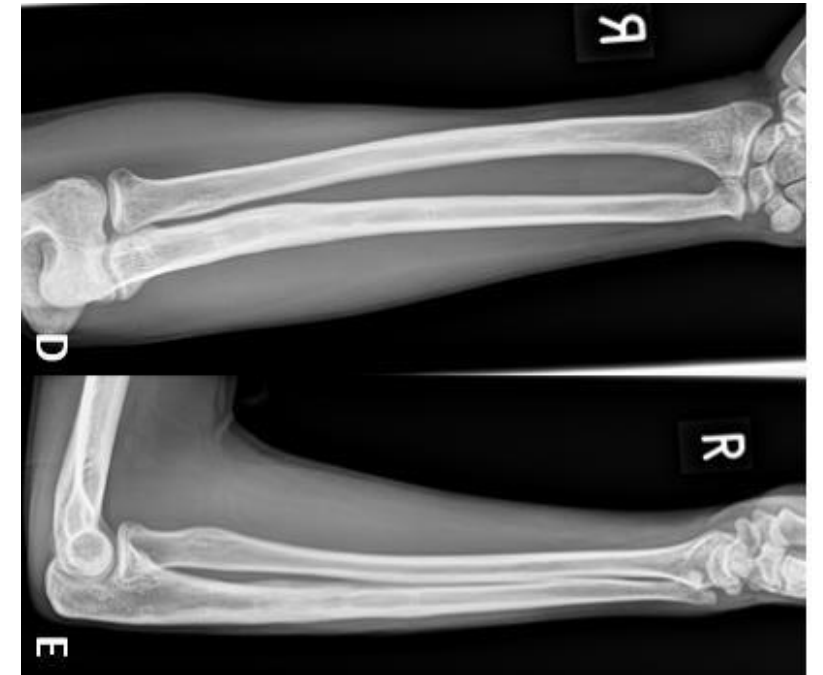


Imagen 4: Resultado radiográfico final.

CONCLUSIONES E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El **arresto fisario postraumático** en el cúbito distal es una complicación rara que debemos conocer y sospechar.

Algunos de los **factores de riesgo** para ella son: la edad temprana, el desplazamiento inicial o las manipulaciones fisarias repetidas. Las **cirugías correctoras** pueden dar excelente resultado, sin obviar el tiempo de **inmovilización**, **restricción deportiva** y otros procedimientos (5). La **edad** del paciente condiciona métodos más o menos complejos para su resolución.

Este caso recuerda que hemos de tener presente este tipo de complicaciones, para lo que debemos comprender los posibles factores desencadenantes y las posibilidades terapéuticas como la que presentamos, aunque compleja, satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Wu C, Wang D, Mo Y, Zhang Z, Ning B. Characteristics of the length of the radius and ulna in children.
2. Nelson OA, Mc MDC, D JRBM, D CSHM. Distal ulnar growth arrest. J Hand Surg Am [Internet]. 1983;9(2):164–71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023\(84\)80134-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023(84)80134-3)
3. Befund K. Posttraumatische Deformität am distalen Unterarm nach vorzeitigem Verschluss der ulnaren Wachstumsfuge. 2008;117–21.
4. Siemensma MF, Bergen CJA Van, Es EM Van, Colaris JW, Eygendaal D. Indications and Timing of Guided Growth Techniques for Pediatric Upper Extremity Deformities : A Literature Review. 2023;
5. Clesham K, Piggott RP, Sheehan E. Displaced Salter-Harris I fracture of the distal ulna physis. 2019;(1):10–2.