



FRACTURAS DIAFISARIAS DE ANTEBRAZO EN NIÑOS, SERIE DE CASOS

R. Prieto Martín; O. Martínez de la Llana; O. Campos Alonso; E. López Vinagre; E. J. Aragón Achig.



Gurutzeta Ospitalea Hospital Cruces

Servicio de Traumatología - Hospital Universitario Cruces (Barakaldo-Bizkaia)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En ocasiones es difícil decidir el tipo de tratamiento en este tipo de fracturas ya que unas angulaciones a priori no deseables no siempre repercuten en el resultado funcional. El objetivo es comparar los estándares aceptados con nuestra serie de casos y analizar las complicaciones y los resultados funcionales al alta

MATERIAL Y METODOS

Utilizamos los datos recogidos de las fracturas diafisarias altas de radio en el Hospital de Cruces entre mayo y septiembre de 2019 (9). Se analizaron los datos generales y el tipo de tratamiento en cada caso, distinguiendo entre tratamiento conservador (previa reducción de la fractura) y quirúrgico. Se compararon las angulaciones prerreducción, postreducción y al alta de los pacientes de nuestra muestra con los criterios de reducción aceptables que aparecen en la bibliografía. Asimismo se analizó en ambos grupos las complicaciones y los resultados funcionales al alta.

RESULTADOS

En nuestra muestra la media de edad fue de 5,6 años sin distinción entre sexos. 8 de los 9 pacientes fueron tratados con tratamiento conservador. De estos, 6 pacientes curaron sin complicaciones y con movilidad completa al alta.

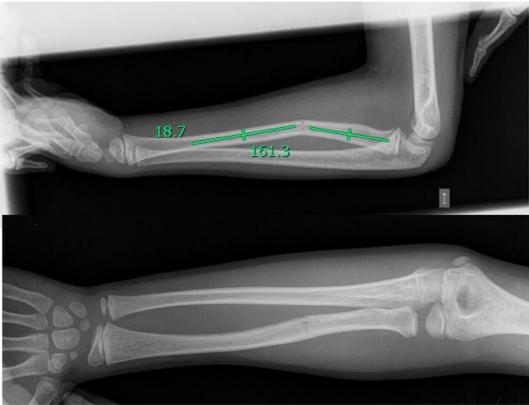
La angulación inicial media fue de 29º [17,1º-46,1º], la angulación media postreducción fue de 19,1º [14,4º- 24,9º] y la angulación media al alta fue de 16,8º [16,1º- 20,4º].

Presentamos un caso de desplazamiento secundario que fue tratado con una aguja intramedular con movilidad completa al alta. La otra complicación fue un caso de refractura que también se trató de nuevo de forma conservadora, con movilidad completa al alta. El caso que fue tratado de entrada con tratamiento quirúrgico fue tratado con una aguja intramedular, con movilidad completa al alta.

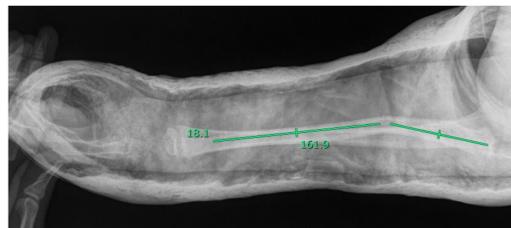
DISCUSION

En la literatura no hay unos criterios claros de lo que es aceptable, pero generalmente se aceptan unos 15º de deformidad angular en niños menores de 9 años y hasta 10º de angulación en niños mayores.

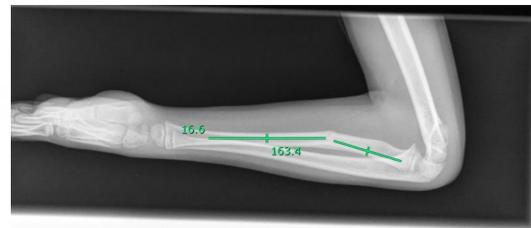
En nuestra serie de casos con deformidades mayores, hemos obtenido una movilidad completa al alta



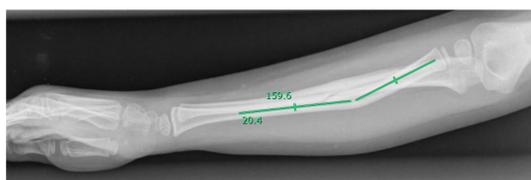
Rx ap y lateral prerreduccion



Rx ap y lateral postreduccion



Rx ap y lateral al alta



Rx ap y lateral al alta



Rx ap y lateral prerreduccion

Rx ap y lateral postreduccion

CONCLUSIÓN

Las deformidades angulares son mejor toleradas que las rotacionales
Seguimiento activo cada 7-10 días para valorar la posibilidad de desplazamiento
Podemos ser mas permisivos en niños pequeños.

