

# REFRACTURA DE ANTEBRAZO EN NIÑOS: UNA SERIE DE CASOS

Autores: Plaza Cardenete, Marta; Alvarez Soler, Borja ; Ruiz de las Morenas, Pilar; Flores San Martín, Mercedes; Seral García , Belén; Albareda Albareda, Jorge  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

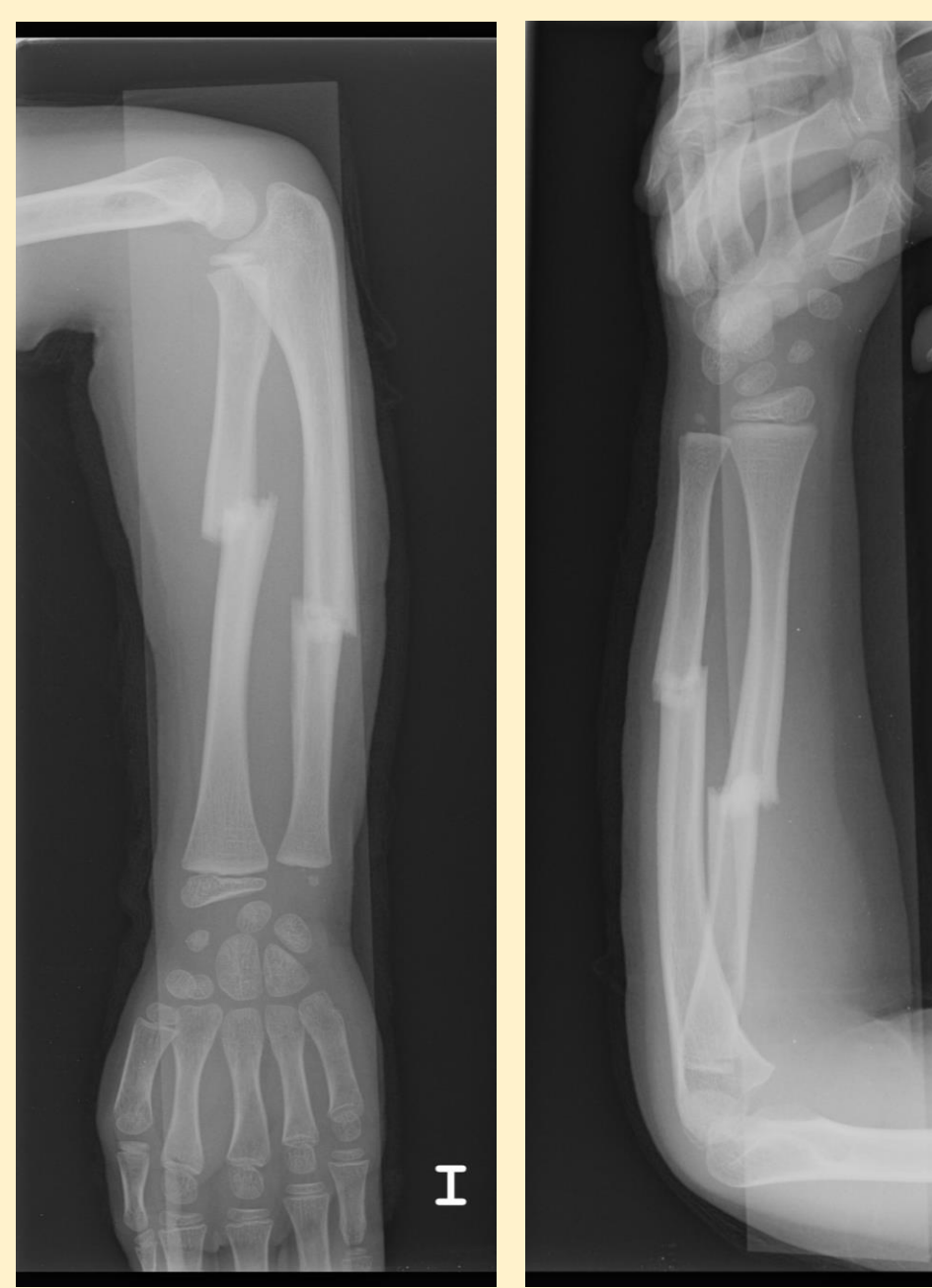
Las fracturas de antebrazo representan el **3,4 % de las fracturas en los niños**. De ellas, del **5 al 12% se refracturan**, observándose un aumento de su incidencia en los últimos años.

## OBJETIVO

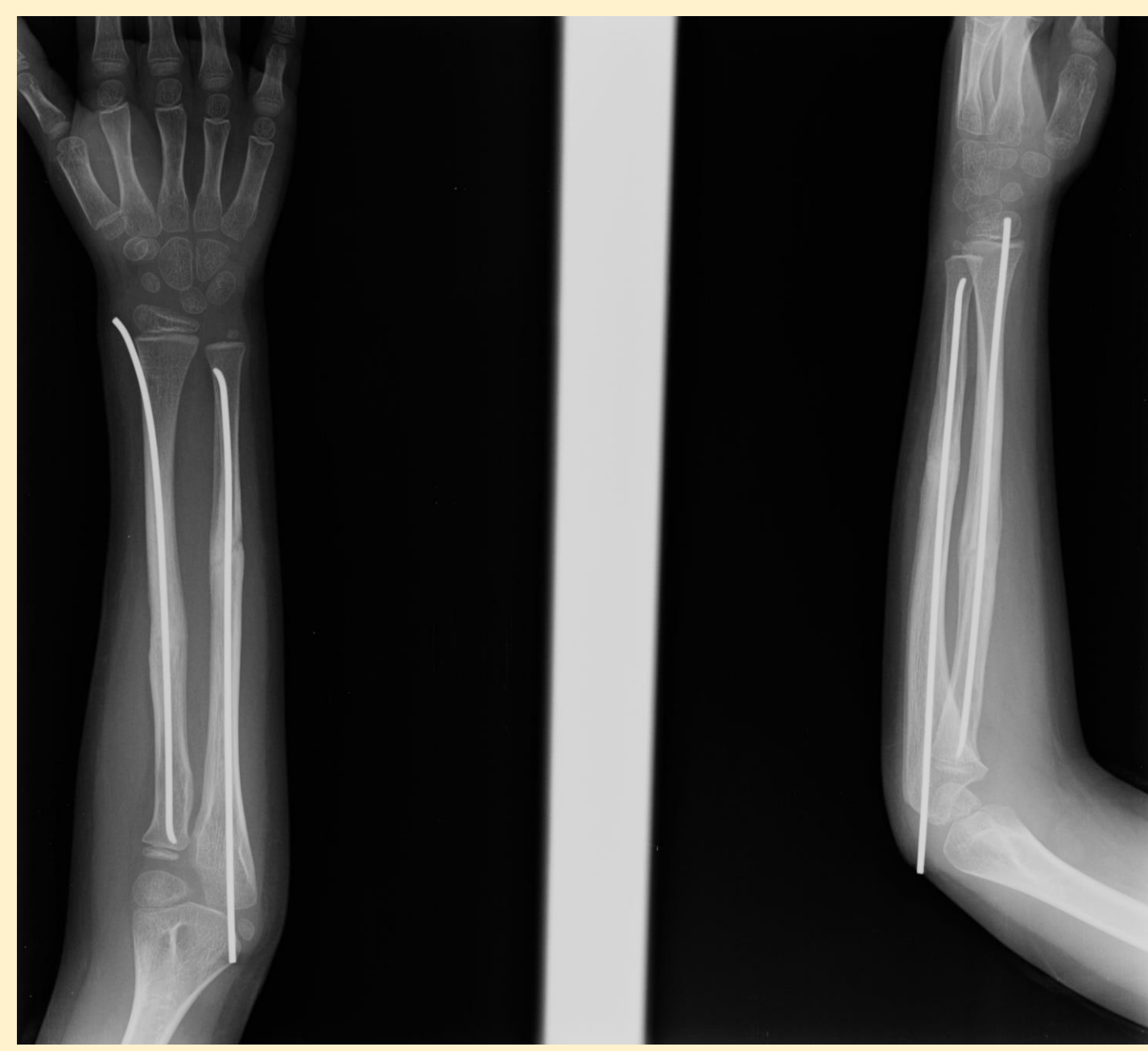
Describir los factores que aumentan el índice de refracturas, así como sus resultados y complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo de 6 niños con refractura de antebrazo, 5 chicos y 1 chica. La edad media fue de 7,66 años. 4 de ellos tuvieron afectación de la extremidad izquierda y 2 de la derecha. En cuanto a localización, 4 fueron de tercio distal y 2 de tercio medio. Se recogieron datos relativos a mecanismo de producción, tratamiento, tiempo transcurrido hasta la refractura, lesiones asociadas, calidad de la reducción, complicaciones y función.



**Figura 1:** Refractura de radio y cúbito en paciente de 8 años



**Figura 2:** Tratamiento con TENS de refractura de antebrazo



**Figura 3:** Tratamiento con yeso braquioantebraquial de refractura de antebrazo

## RESULTADOS

El mecanismo de producción en la fractura fue de supinación en 5 de ellos, mientras que en la refractura fueron 4. Todos ellos recibieron tratamiento ortopédico en la primera fractura. En la refractura 4 se trataron quirúrgicamente (2 AK y 2 TENS) y 2 de forma conservadora. La media del tiempo transcurrido fue de 96,66 días. Ninguno llevaba protección en el momento de la refractura. No hubo lesiones asociadas. **La media del index Cast fue de 0,84 y solo en 2 casos fue < 0,8**. No hubo complicaciones y ninguno presentó limitación a la supinación.

## CONCLUSIONES

Consideramos que **la refractura en niños está estrechamente ligada al índice Cast y a la protección en el momento de la refractura**. Basándonos en los datos de nuestra serie sólo 2 tenían un index Cast < 0,8 que ya por sí solo es un factor de riesgo de refractura. La tendencia actual es tratar la refractura con tratamiento quirúrgico para evitar desplazamientos igual que en nuestra serie. Todos se refracturaron en menos de medio año lo que nos puede llevar a pensar que los primeros meses son los más vulnerables y habría que llevar órtesis de protección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arora R, Mishra P, Aggarwal A, Anshuman R, Sreenivasan R. Factors responsible for redisplacement of pediatric forearm fractures treated by closed reduction and cast: Role of casting indices and three point index. Indian J Orthop. 2018;52(5):536.
2. Kamat AS, Pierse N, Devane P, Mutimer J, Horne G. Redefining the Cast Index: The Optimum Technique to Reduce Redisplacement in Pediatric Distal Forearm Fractures. Journal of Pediatric Orthopaedics. diciembre de 2012;32(8):787-91.
3. McQuinn AG, Jaarsma RL. Risk Factors for Redisplacement of Pediatric Distal Forearm and Distal Radius Fractures: Journal of Pediatric Orthopaedics. 2012;32(7):687-92.
4. Nørgaard SL, Riber SS, Danielsson FB, Pedersen NW, Viberg B. Surgical approach for elastic stable intramedullary nail in pediatric radius shaft fracture: a systematic review. J Pediatr Orthop B. julio de 2018;27(4):309-14.

