

BOCA ABAJO: COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE UNA EPIFISIOLISIS DE CABEZA RADIAL TIPO II DEL JEFFERY

De Armas Báez, H.H., Serrano Gil, E., Madrid de la Serna, C., Rayo Navarro, M.J., Torres Pérez, D., López Franco, M.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones que se producen en la articulación del codo en niños son frecuentes, sin embargo, las que afectan al extremo proximal del radio solo representan un 4-7% de ellas. La lesión de Jeffery tipo II fue descrita tras revisar cientos de fracturas como un desplazamiento a 90° de la cabeza radial que se produce tras la reducción de una luxación o subluxación del codo, sufriendo la cabeza radial un desplazamiento posterior al ser golpeada por el capitellum. Esta lesión es muy infrecuente y, además, puede pasar desapercibida en un principio.

La lesión de Jeffery tipo II se produce con una relación 3:1 entre varones y mujeres. La edad media en la que se presenta es de 9'5 años, pero en caso de sospecharlo en menores de 5 hay que hacer otros estudios dado que la cabeza radial aún no ha osificado.

OBJETIVOS

Presentar un caso de esta infrecuente patología y realizar una revisión bibliográfica de este tipo de lesiones, su tratamiento y sus principales complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO:

Varón de 11 años que sufre caída sobre su miembro superior izquierdo con el codo en extensión.

Exploración física:

- Dolor generalizado en todos los relieves óseos
- Flexoextensión completa
- Pronosupinación bloqueada
- Neurovascular distal conservado

En las radiografías a su llegada se puede objetivar epifisiolisis desplazada de la cabeza radial (Figura 1).

Tras este hallazgo, se intenta reducir de manera cerrada en quirófano y, aunque se consigue la reducción, se observa la principal complicación de estas lesiones: la cabeza radial se había volteado (figura 2). Por ello, se decide realizar una reducción abierta de la fractura, siendo esta satisfactoria sin fijación (figura 3).

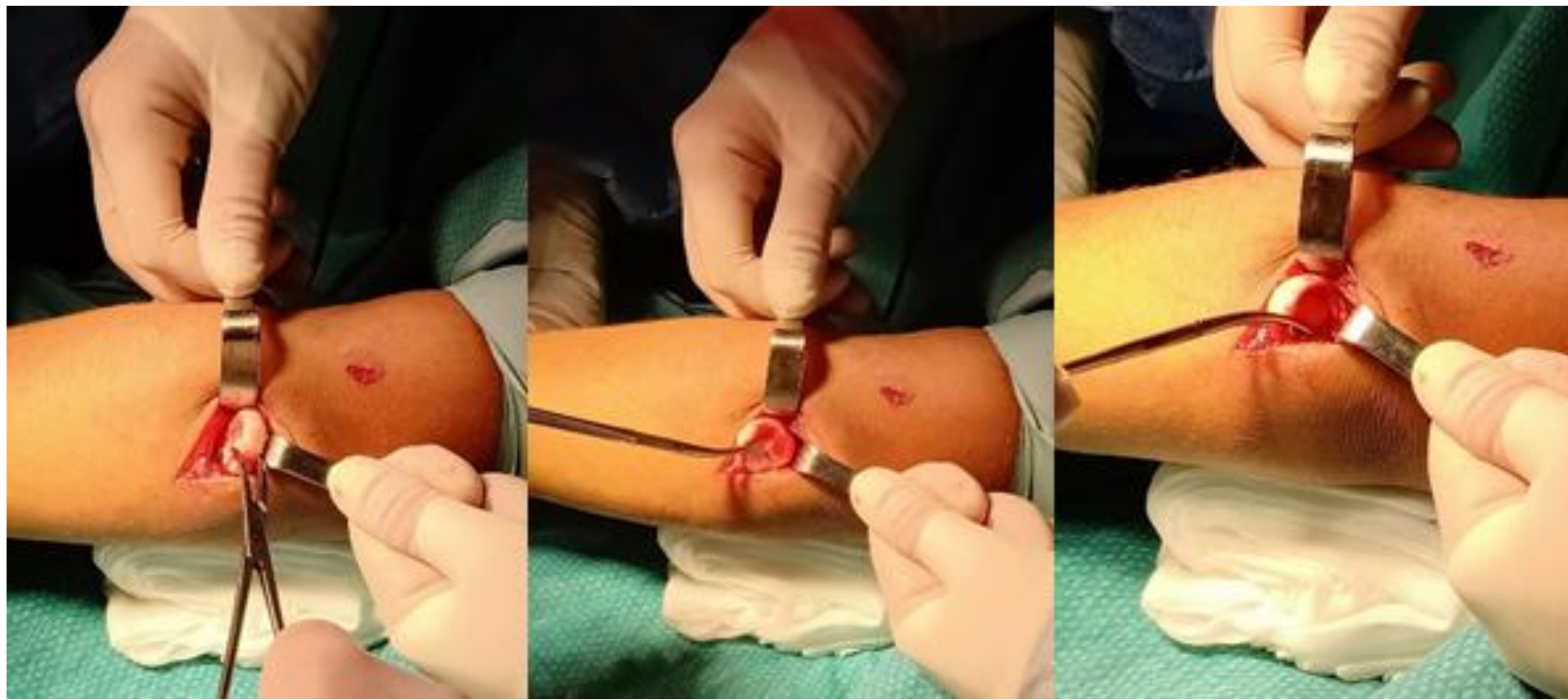


Figura 3

Se realizó una búsqueda bibliográfica con las bases de datos Medline, Cochrane, EMBASE y Google Scholar para identificar casos de epifisiolisis de cabeza radial tal y como las describió Jeffery, su tratamiento y posibles complicaciones.



Figura 1

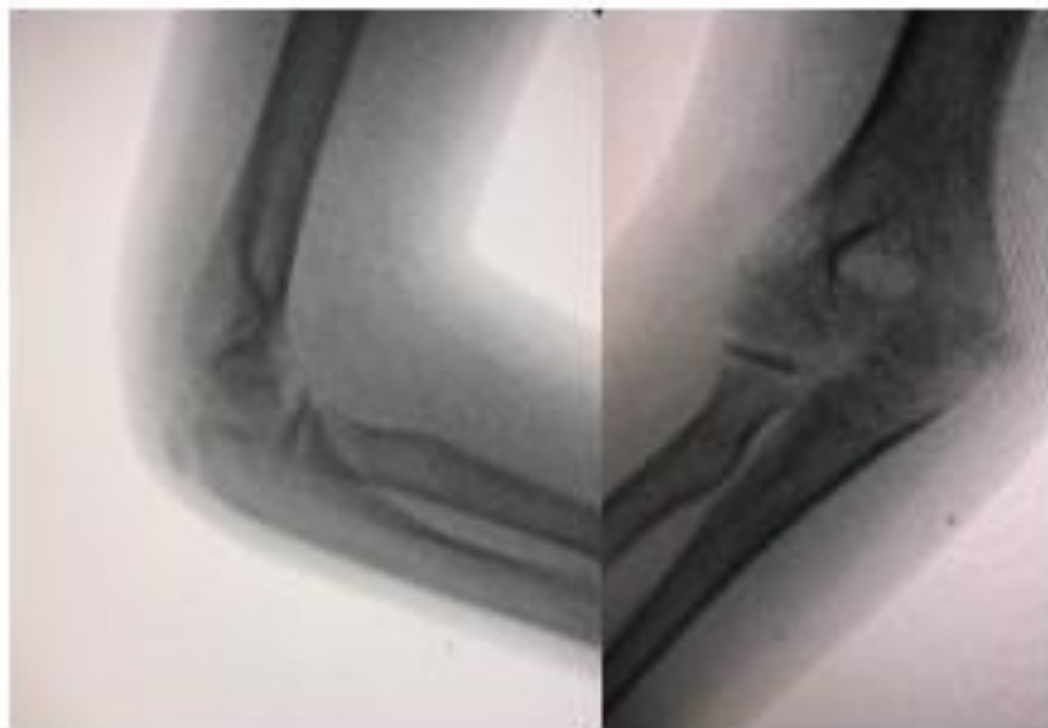


Figura 2

RESULTADOS

El paciente fue dado de alta al día siguiente sin complicaciones portando una férula braquiopalmar que se mantuvo durante 4 semanas. Tras la retirada de la misma, comenzó a hacer ejercicios de flexo-extensión y prono-supinación, consiguiendo una movilidad completa e indolora (figura 4). Sin embargo, un mes tras la lesión en la radiografía ya se evidenciaban signos de epifisiodesis (figura 5) sin que hasta la fecha haya mostrado signos de cúbito valgo.



Figura 4

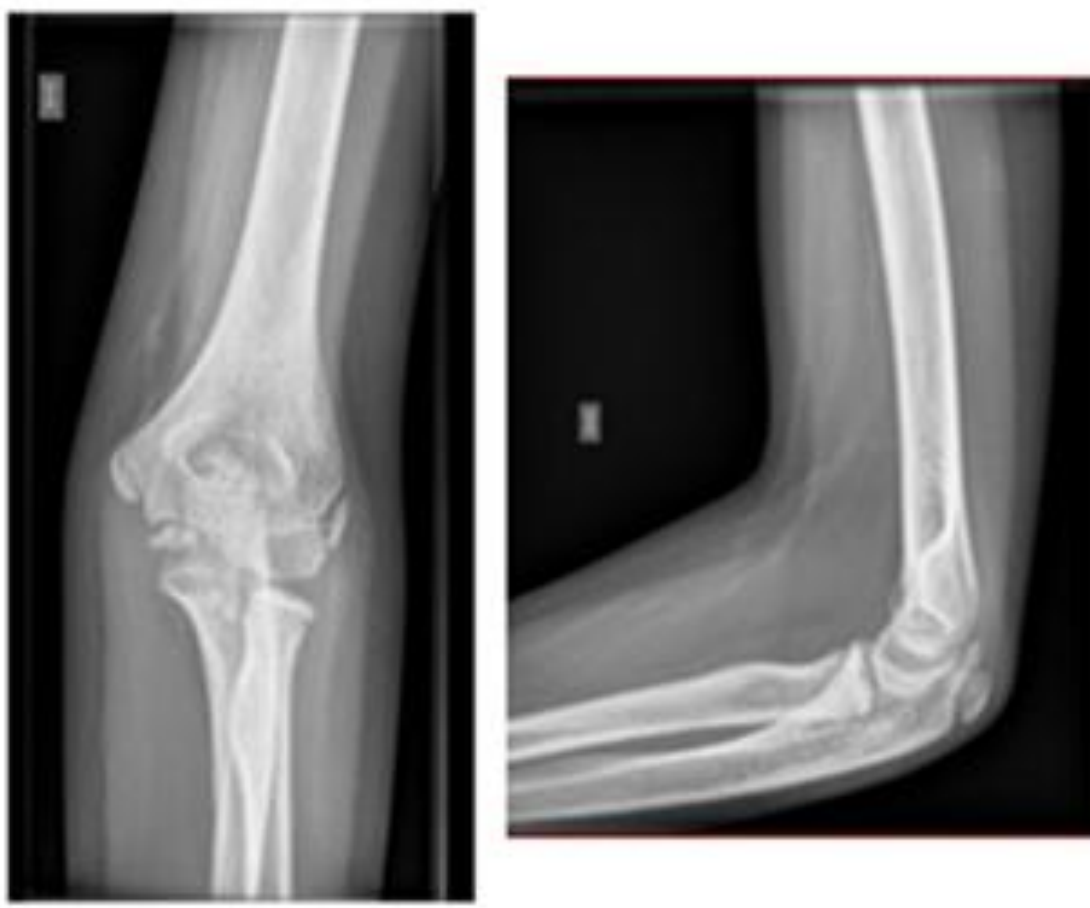


Figura 5

La revisión de la literatura nos permitió conocer el limitado número de casos comunicados así como las opciones de tratamiento, y complicaciones descritas.

Tras la revisión de la literatura encontramos 30 casos. Los artículos publicados muestran la rareza de este tipo de lesiones, la dificultad técnica de la reducción cerrada así como la alta incidencia observada de la principal complicación de esta: el giro de 180° de la cabeza radial. Sin embargo, existe un caso descrito por Papaioannou y colaboradores en 2019 en el que se consiguió de manera satisfactoria la reducción cerrada. También se constata en los artículos revisados la alta frecuencia del retraso diagnóstico, que conlleva peores resultados a largo plazo.

El manejo agudo según la bibliografía consultada, es variado: fijación con agujas, estabilización con sutura reabsorbible, pin intramedular, inmovilización con férula o, incluso, capitectomía.

Los resultados clínicos comunicados fueron satisfactorios, aunque algunos artículos comunican reducción de la pronosupinación. Además, los estudios de imagen muestran casos de necrosis avascular, sinostosis radio-cubital o deformidad en valgo.

CONCLUSIÓN

De la revisión de la literatura y de nuestra experiencia personal debemos concluir que, aunque la lesión de Jeffery tipo II es infrecuente, es necesario conocerla para poder sospecharla, reconocerla y tratarla, así como sus principales complicaciones.

La mayoría de los autores abogan por la reducción urgente y sin fijación interna. En casos de reducción cerrada es muy importante tener en mente la posibilidad de que la epífisis se voltee, por lo que la mayoría de los autores prefieren optar por una reducción abierta inmediata.

