
Comentario

Las fracturas de la extremidad distal de radio constituyen un problema complejo y una parte esencial de la actividad del Cirujano Ortopédico. Son las fracturas más frecuentes del esqueleto humano y desde su descripción, en la primera mitad del siglo XIX (*Colles 1814, Barton 1838, Smith 1847*), la problemática de su tratamiento apenas se ha modificado. La mayoría de las publicaciones sobre estas fracturas tratan, sobre todo, de las complicaciones tardías o de sus secuelas, aunque sorprendentemente, existen pocas series que aborden las complicaciones precoces.

El trabajo clásico elegido para este número fue publicado en 1947 en la Revista de Cirugía del Aparato Locomotor por el doctor Bravo y Díaz-Cañedo del Servicio de Traumatología de la RENFE y comenta, precisamente, las complicaciones inmediatas y medianas de este tipo de fracturas. Colles había descrito que, independientemente de la localización del trazo de fractura, los resultados siempre eran buenos. Posteriormente, numerosos autores llegaron a

conclusiones similares; sin embargo, tras una cuidadosa y exigente revisión de los resultados clínicos y radiológicos, se observa que éstos no son tan satisfactorios, con presencia de limitaciones funcionales y molestias persistentes.

Entre las causas que pueden comprometer un resultado final aceptable, destacan en este artículo la reducción anatómica imperfecta, los retrasos en la reducción, las técnicas de enyesado y tiempos de inmovilización inadecuados, y la movilización incorrecta de las articulaciones contiguas del miembro afecto durante todo el período de evolución.

Las técnicas del tratamiento conservador (que durante esos años se aplicaba casi en el 100% de los casos), que implicaba una reducción de las fracturas lo más anatómica posible y una colocación adecuada del yeso, fueron elaboradas detalladamente, entre otros, por Böhler (1951) y desde entonces todavía siguen vigentes. Los objetivos son:

1. Evitar el dolor en todos los estadios del tratamiento: inyección de anestésico local en el hematoma fractuario previo a la reducción y para analgesia posterior, ya que las maniobras correctoras dolorosas repetidas son una de las causas de la distrofia de Sudeck.

2. Reducción anatómica de la fractura seguida de inmovilización con yeso. Este ha de ser modelado para evitar desplazamientos secundarios. Se debe colocar la muñeca en posición casi neutra sin forzar la flexión palmar y aducción cubital de la mano (posición de Schede o Cotton-Loder), ya que ésta conduce a trastornos del riego sanguíneo y con mucha probabilidad a lesión del nervio mediano.

3. Tiempo suficiente de inmovilización para evitar desplazamientos secundarios.

4. Prevenir limitaciones del movimiento en la parte de la extremidad no lesionada, mediante ejercicios activos de todas las articulaciones no inmovilizadas desde el primer día.

Las estadísticas sobre estas lesiones provienen, fundamentalmente, de grandes hospitales y centros universitarios polyclínicos con la correspondiente concentración de casos graves y complicados. La casuística de este trabajo es de un centro diferente (trabajadores de RENFE y, probablemente, familiares) que constituyen un grupo heterogéneo de pacientes de diferentes edades (incluyendo un niño de 10 años) con diversos tipos de fracturas de la extremidad distal de radio, y algunos con lesiones asociadas graves, resueltos, casi todos, ortopédicamente de forma satisfactoria con los medios que tenían hace 50 años. Sus objetivos no pretendían demostrar los pros y contras de los diferentes métodos de tratamiento, sino reflejar los incidentes y complicaciones de este tipo de fracturas a lo largo de su evolución.

El autor no realiza una clasificación de las fracturas que presenta e, incluso, incluye lesiones graves del carpo dentro del mismo grupo, actualmente claramente diferenciadas. Sin embargo, aún hoy se discute cuál es la clasificación más idónea para este tipo de fracturas. Se sigue buscando una clasificación sencilla, comprensible, que ayude a decidir entre tratamiento conservador o quirúrgico y tenga un valor pronóstico. Frykmann desarrolló una clasificación elaborada a partir de trabajos previos y que destaca por su simplicidad, permitiendo además conclusiones fiables sobre el pronóstico. Sin embargo, al no estar reflejado el desplazamiento de los fragmentos distal o volar, no se puede establecer ninguna relación con las indicaciones del tratamiento. Por ello el grupo AO diseña otra clasificación que no presenta ese problema, aunque aumenta su complejidad al intentar englobar todos los posibles tipos de fractura que puedan ocurrir en la extremidad distal del radio.

En la actualidad el 90% de las fracturas siguen un tratamiento conservador y, según los diversos trabajos, entre el 20% y el 50% tienen malos resultados, dependiendo este porcentaje tan variable tanto del aspecto funcional como del estético; por ello, se va incrementando la proporción de pacientes que requieren un tratamiento quirúrgico (10%-25%) para conseguir mejores resultados.

En este trabajo se observan un 19% de complicaciones; en este sentido la bibliografía evidencia un 15%-20% de fracasos fun-

cionales y radiológicos y un grado de invalidez permanente del 6% al 11% de los casos, aunque hay series con un porcentaje de complicaciones de alrededor del 30%. Las complicaciones precoces podrían solucionarse con medidas sencillas, como reconocer de forma precoz los desplazamientos secundarios (11%) en controles radiológicos a los 4 y 10 días. Más de la mitad de las consolidaciones en posición viciosa son asintomáticas, pero no son inofensivas y están relacionadas en gran parte con la distrofia de Sudeck, con la neuropatía tardía por compresión y con el dolor persistente.

La distrofia simpático-refleja, comentada en este artículo, es sin duda la complicación más temida, ya que retrasa considerablemente el proceso de consolidación, requiere costosas medidas terapéuticas y pone en peligro la función de la extremidad afectada, cuyas causas sólo se pueden sospechar y no están perfectamente definidas. El compromiso intraarticular y una cierta inestabilidad son otras de las posibles causas de la gravedad de la fractura.

Leer medio siglo después este artículo parece que va a retrotraernos a un texto anticuado, casi histórico, ya que el factor tiempo es implacable («el tiempo jamás suspende su vuelo»). Sin embargo, valorando detenidamente su contenido, se puede comprobar la vigencia de muchas de sus conclusiones. Contribuye a conocer mejor este tipo de fracturas y sus complicaciones y así, con la diferencia de 55 años ayuda a comprobar que, con un tratamiento inicial más agresivo y estabilizando de forma quirúrgica las fracturas inestables, se tendrá a largo plazo una menor tasa de complicaciones.

J. Tabuena Dumortier

Unidad de Miembro Superior y Arroscopia.
Fundación Hospital Alcorcón.

Madrid.