

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimientos

A la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología infantil del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, por su espíritu docente.

Bibliografía

1. Fuentes Salguero L, Downey-Carmona FJ, Tatay-Díaz A, Moreno-Domínguez R, Farrington-Rueda DM, Macías-Moreno ME, Quintana-del Olmo JJ. Fracturas pediátricas de cabeza y cuello de radio. *Rev Esp Ortop Traumatol*. 2012;56:300-5.
2. Vocke AK, Von Laer LR. Displaced fractures of the radial neck in children: long-term and prognosis of conservative treatment. *J Pediatr Orthop*. 1998;7:217-22.
3. González-Herranz P, Álvarez-Romera A, Burgos J, Rapariz JM, Hevia E. Displaced radial neck fractures in children treated by

closed intramedullary pinning (Metaizeau technique). *J Pediatr Orthop*. 1997;17:325-31.

4. Evans MC, Graham HK. Radial neck fractures in children: a management algorithm. *J Pediatr Orthop*. 1999;8:93-9.
5. D'Souza S, Vaishya R, Klenerman L. Management of radial neck fractures in children: a retrospective analysis of one hundred patients. *J Pediatr Orthop*. 1993;3:232-8.
6. González-Herranz P, López Mondéjar JA, Burgos Flores J, Ocete Guzmán G, Rapariz González JM, Pérez Aguilar D. Epifisiólisis desplazadas de la cabeza radial. Revisión de 42 casos. *Rev Ortop Traum*. 1990;34-IB:641-4.

D. Domínguez Lorenzo^{a,*}, P. González-Herranz^a
y M. Plata García^b

^a *Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

^b *Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danieldominguez85@gmail.com
(D. Domínguez Lorenzo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2012.09.001>

Repuesta a la carta al director acerca del artículo «Fracturas pediátricas de cabeza y cuello de radio»

Reply to the letter related to the article "Radial head and neck fractures in children"

En primer lugar, quería agradecer al redactor/es de la carta al director por la lectura interesada de nuestro artículo y agradecerles su comprensión en este tema tan controvertido en traumatología infantil; procuraremos dar respuesta a las cuestiones planteadas.

No se ha producido sesgo en cuanto a las fracturas asociadas. Se solicitó la búsqueda al archivo hospitalario, obteniéndose 42 historias, de las cuales solo 21 fueron válidas para el estudio (19 tenían mal codificado el diagnóstico –la mayoría se trataba de fracturas de radio distal–, y 2 historias no se incluyeron al no poder ser localizadas). Doce casos (57%) presentaban lesión en codo homolateral (6 en cúbito proximal o medio, 5 en olécranon y una en la tróclea), 3 pacientes (14,2%) asociaban lesión en otra localización.

El tratamiento conservador consistió en férula de yeso braquio-palmar con el codo a 90°, antebrazo en supinación intermedia y muñeca en posición funcional durante un tiempo medio de 3 semanas.

En cuanto a la rehabilitación, 10 pacientes no precisaron por tener movilidad completa. De los 11 pacientes que precisaron rehabilitación, 3 recuperaron movilidad completa. El tiempo medio para la consecución de la movilidad completa, o mayor grado de movilidad en los que quedaron con

algún déficit fue de 4,71 meses, con unos 3 meses de media de tratamiento rehabilitador.

Hubo 6 casos tratados de inicio mediante reducción abierta, y un caso más tras el desplazamiento secundario de uno de los tratados mediante reducción percutánea. De estos 7 casos, 4 no tuvieron complicaciones y evolucionaron a balance articular completo. Tres cursaron con complicaciones: pérdida de movilidad en supinación en los 3 casos, 2 casos con neuroapraxia del interóseo posterior (una iatrógena), un caso con miositis osificante. El paciente reintervenido por desplazamiento tras reducción percutánea cursó con codo valgo y necrosis avascular.

Los 2 casos de necrosis avascular se produjeron en pacientes con fractura grado I de Steele-Graham, pero con grado E de clasificación de Chambers, es decir, asociadas a luxación de codo (en ambos casos se trataba de lesión de Monteggia).

El manejo posquirúrgico consistió en la inmovilización con férula braquiopalmar entre 4 y 5 semanas; el material de osteosíntesis se retiró a la vez que la férula, bajo anestesia general (salvo el caso tratado mediante técnica de Feray, que se hizo de forma ambulatoria en consulta externa). Todos los pacientes intervenidos fueron valorados por el servicio de rehabilitación, con un tiempo aproximado de tratamiento de 3 meses.

L. Fuentes-Salguero

Ortopedia Infantil, Hospital de la Serranía, Ronda, Málaga, España

Correo electrónico: dr_fuentes82@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2012.10.001>