

Luxaciones aisladas de la cabeza del radio en el niño

A. PEIRÓ, T. MUT, F. MARTOS, J. ARACIL y R. NAVARRETE

RESUMEN

Presentamos tres casos de luxación traumática aislada de la cabeza del radio en el niño. Es de destacar la presencia en dos de los casos de una inflexión del cúbito sin fractura. Se trataron mediante reducción cerrada e inmovilización enyesada, siendo la movilidad completa e indolora a los tres meses.

El tiempo medio de evolución fue de dos años.

Descriptores: Cabeza de radio, codo, luxación traumática aislada, niño.

SUMMARY

Three cases of isolated traumatic dislocation of the radial head in children are reported with a follow-up of two years. In two cases it was present a bowing of the ulna without fracture.

All the three cases were treated by closed reduction and immobilization. The results were completely satisfactory.

Key words: Children, elbow, head of radius, isolated traumatic dislocation.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es la presentación de tres casos de luxación traumática aislada de cabeza del radio en el niño por la rareza de su observación (4, 9, 10).

BLOUNT señala que las luxaciones suponen solamente el 6 por 100 de los traumatismos del codo en el niño; por consiguiente la frecuencia de la luxación aislada de la cabeza del radio ha de ser mucho menor.

Caso núm. 1: P. B. R. Varón. 7 años de edad, caída de metro y medio de altura sobre la mano derecha.

Diagnóstico.—Luxación anterior de la cabeza del radio con inflexión del cúbito (fig. 1).

Tratamiento.—Reducción y contención con férula de yeso en supinación y flexión de 100°

durante tres semanas. A las seis semanas inmovilidad completa. Angulo de conducción igual al del lado sano.

Caso núm. 2: A. C. R. Varón. 8 años de edad, caída a mismo nivel en el plano de sustentación sobre el codo derecho.

Diagnóstico.—Luxación posterolateral aislada de cabeza de radio e incurvación del cúbito (figs. 2 y 3).

Tratamiento.—Reducción bajo anestesia general y contención mediante yeso braquial en pronosupinación media y flexión de 90° durante cuatro semanas. A los tres meses de evolución la movilidad es completa y el ángulo de conducción es igual al del lado sano (figs. 4 y 5).

Caso núm. 3: J. C. S. Varón. 10 años de edad, caída sobre codo izquierdo.

Diagnóstico.—Luxación anterior aislada de cabeza de radio.

Tratamiento.—Reducción y yeso braquial

a 110° y supinación durante cuatro semanas. A las diez semanas movilidad completa y ángulo de conducción igual al del lado sano (fig. 6).

Discusión

Como señala EVANS (2), las luxaciones aisladas de la cabeza del radio en adultos serían el resultado de un traumatismo en pronación en el que el cúbito no se fractura, ya que si lo hiciera aparecería la fractura-luxación de Monteggia.

Parece lógico señalar que el mismo mecanismo sea el responsable de la lesión en el niño y, dada la flexibilidad en éstos del cúbito, puede hacerse una inflexión del mismo sin llegar a presentarse una fractura completa, lo que puede justificar así mismo la menor incidencia de fracturas-luxaciones de Monteggia en el niño (PEIRÓ y cols.).

Los elementos que estabilizan la cabeza

del radio en la articulación del codo son: la cápsula, el ligamento colateral externo, el ligamento anular, el ligamento cuadrado y la membrana interósea (8).

La articulación radiocubital proximal es más estable en supinación por:

1. La cabeza del radio no es circular sino ovalada y en supinación presenta contacto con el cóndilo su diámetro mayor.
2. Por la anchura de la cabeza.
3. Porque en supinación se tensa la membrana interósea.
4. Por el ligamento anular reforzado por el ligamento cuadrado y el ligamento colateral externo.
5. Porque en supinación se tensan las fibras anteriores del ligamento cuadrado de Denucé.

El elemento básico de estabilidad de la articulación radiocubital proximal es el ligamento anular (8).

La lesión ocurre a partir de los cuatro años y está producida habitualmente por un *stress* de adducción combinado con pronación que tracciona la cabeza del radio del ligamento anular, pudiendo quedar en posición anterior, posterior o posterolateral (9, 10).

El diagnóstico se hace por la clínica y fundamentalmente por la radiología.

La clínica no aporta muchos datos de interés.

La radiología es a veces confusa, siendo imprescindible las proyecciones anteroposterior y lateral, ya que la proyección lateral nos evidencia el diagnóstico, pues una línea axial intramedular que pase por el centro de la cabeza radial ha de pasar por el centro del núcleo del cóndilo humeral (9).

Ni en nuestra casuística ni en la literatura hemos observado lesiones vasculoner-

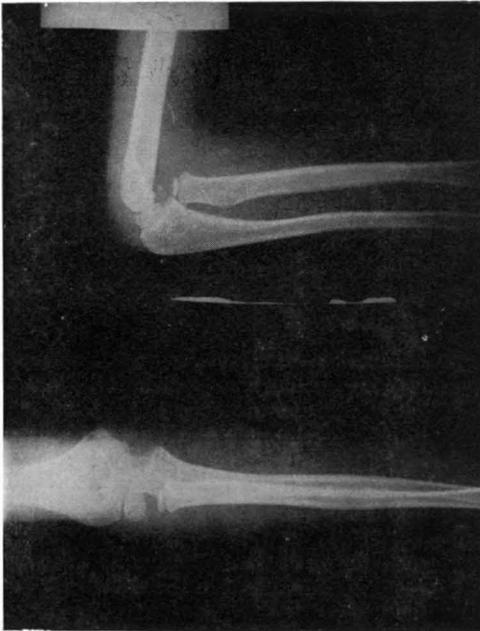
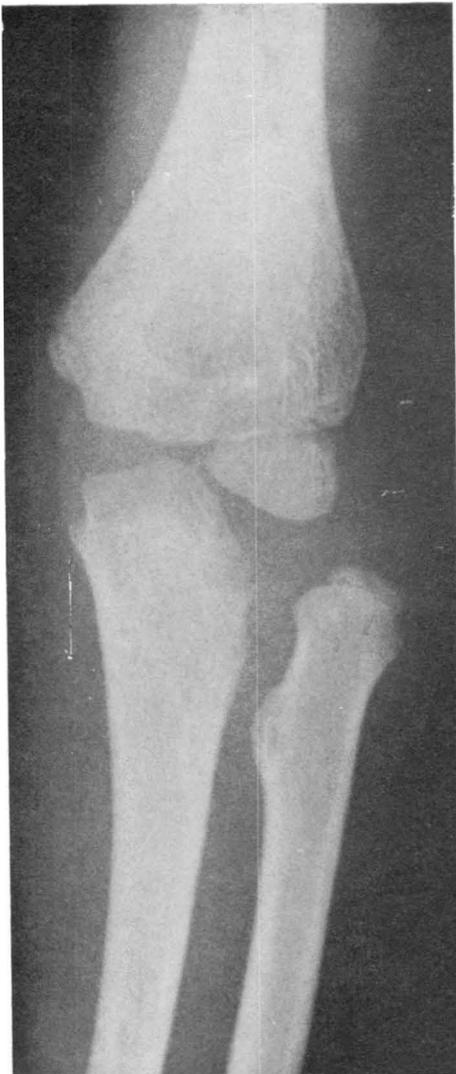


FIG. 1. — Caso 1. Radiografías anteroposterior y lateral.

viosas asociadas importantes. POLLEN (7), describe un caso de paresia del interóseo posterior que se recuperó prontamente.

La luxación traumática aislada de la cabeza del radio puede reducirse fácilmente bajo anestesia general, debiéndose inmovilizar en yeso braquial con el codo a 90° de flexión y el antebrazo en supinación durante tres-cuatro semanas. La recuperación de la movilidad suele ser completa.



Cuando la reducción cerrada es imposible, se impone el tratamiento quirúrgico consistente en la reconstrucción del ligamento anular (GALLO y MOREAU, 3), mediante sutura, o mediante tricepsplastia (LLOYD-ROBERTS, 5).

Hay que señalar que nuestros casos se redujeron fácilmente, incluso sin necesidad de anestesia general en dos de ellos.

En los casos vistos tardíamente, el diagnóstico diferencial con la luxación congénita de la cabeza del radio se hará solamente por la bilateralidad de esta última y porque con más frecuencia la congénita es posterior. En los casos unilaterales, por tanto, habrá que pensar más bien en una luxación traumática no tratada que en una luxación congénita (5).



FIGS. 2 y 3. — Radiografías anteroposterior y lateral del caso 2.



FIGS. 4 y 5.—Resultado radiográfico del caso 2 a los tres meses de evolución.

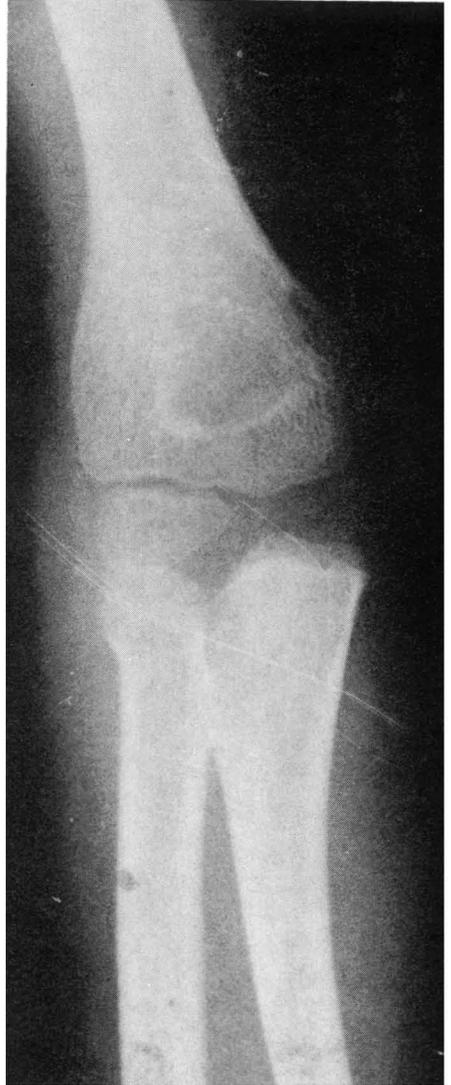


FIG. 6.—Radiografía lateral del caso 3. En la mayoría de los casos la proyección lateral evidencia el diagnóstico. Explicación en el texto.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BLOUNT, W. P. (1955): *Fractures in children*. The Williams and Wilkins Company, Baltimore.
- 2 EVANS, M. E. (1949): Pronation injuries of the forearm with special attention to the anterior Monteggia fracture. Clinical, experimental study. *J. Bone Jt. Surg.*, 31 B, 587-588.
- 3 GALLO, J. y MOREAU, C. (1970): Luxation isolée de la tête radiale. *Rev. Chir-Orthop.*, 56, 792.
- 4 HAMILTON, W. y PARKES, J. C. (1973): Isolated dislocation of the radial head without fractures of the ulna. *Clin. Orthop.*, 97, 94-96.
- 5 LLOYD-ROBERTS, G. C. y BUCKNILL, T. M. (1977): Anterior dislocation of the radial head in children. Aetiology, natural history and management. *J. Bone Jt. Surg.*, 59-B, 402-407.
- 6 PEIRÓ, A.; ANDRÉS, F., y FERNÁNDEZ, F. (1977): Acute Monteggia lesions in children. *J. Bone Jt. Surg.*, 59-A, 92-97.
- 7 POLLEN, A. G. (1973): *Fractures and dislocations in children*. Churchill Livingstone, Edinburgh and London.
- 8 SPINNER, M. y KAPLAN, E. (1970): The quadrate ligament of the elbow. Its relationship to the stability of the proximal radio-ulnar joint. *Acta Orthop. Scand.*, 41, 632-647.
- 9 VESELY, D. G. (1967): Isolated traumatic dislocations of the radial head in children. *Clin. Orthop.*, 50, 31-36.
- 10 WILEY, J. J.; PEGINGTON, J., y HORWICH, J. P. (1974): Traumatic dislocations of the radius at the elbow. *J. Bone Jt. Surg.*, 56-B, 501-507.

Dirección: A. PEIRÓ GONZÁLEZ.

Avda. Blasco Ibáñez, 39. Valencia (España).