



## EDITORIAL

# ¿Es posible un tratamiento de consenso en las fracturas de radio?



## Is it possible to have a consensus treatment in radial fractures?

En el Universo, 200 años no son nada, pero cuando hablamos de la fractura de Colles en la Tierra, sí lo son. Fue en 1814 cuando Abraham Colles describió la fractura que lleva su nombre, la más frecuente de todas las fracturas. Durante este periodo de tiempo se han descubierto los Rx, la anestesia, la antisepsia, se ha ido a la Luna y se ha dotado al mundo de un arma de comunicación masiva como es Internet. Sin embargo, a pesar de la tecnología existente, el tratamiento de la fractura de Colles continua suscitando dudas, aun cuando la aparición en el firmamento de las placas volares iluminó el camino a seguir. No obstante, surgió la maldita «Medicina basada en la evidencia», de la cual la fractura de Colles no escapó a su estudio, desmontando la opinión de que la placa volar es mejor que la osteosíntesis con agujas de Kirschner e incluso que el tratamiento conservador con inmovilización enyesada. Así las cosas, la obscuridad volvió a cubrir nuestro horizonte. ¿Es que solo el futuro tiene la respuesta, o cabe esperar un milagro? No existen milagros. Sí, en cambio, hay consensos, por difíciles que sean.

Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra «consenso» hace referencia al acuerdo alcanzado por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos. Sin embargo, el consenso no implica que exista una evidencia científica que cumpla con los criterios de inclusión; es decir, puede haber consenso sobre un determinado método de tratamiento aun cuando ello no quiere decir que el mismo sea mejor que otro.

La mayoría de esfuerzos encaminados a proporcionar un consenso de tratamiento para las fracturas de Colles, incluidas todas las del extremo distal del radio (EDR), ha sido en vano, aunque se ha intentado con diversas fórmulas que tienen en cuenta la presencia o ausencia de los llamados factores de riesgo. Entonces, ¿por qué se ha fracasado? Es difícil contestar a la pregunta, pues el problema es multifactorial, aunque el más importante de todos, es la falta de un idioma común. En este sentido, creo que sería conveniente homogeneizar los 5 siguientes aspectos:

1. Establecer a partir de qué edad debe indicarse como tratamiento definitivo la reducción manual seguida de inmovilización enyesada.
2. Considerar un solo tipo de clasificación de las fracturas del EDR. Como más simple, más reproducible y, en consecuencia, más fácil de que todos la utilicemos.
3. Medir los ángulos y distancias del radio distal, a partir de puntos y líneas de referencia uniformes. Entre los parámetros a estudiar, deberían incluirse siempre: a) ángulo de inclinación radial en el plano frontal; b) ángulo de inclinación radial en el plano sagital, y c) distancia radiocubital distal.
4. Según lo apuntado en el punto 3, establecer qué límites deben considerarse como aceptables tras proceder a la reducción e inmovilización de la fractura.
5. Elegir una sola escala de valoración de resultados, ya sea radiográfica, clínica o ambas.

Finalmente, otros 3 aspectos que deberían consensuarse a la hora de tratar las fracturas del EDR y que pueden constituir, también, un motivo de controversia, son: 1) la utilización de injerto óseo, 2) la aplicación de la artroscopia en la reducción, y 3) el tratamiento de la fractura asociada de la estiloides cubital.

Para lograr este objetivo, sería ideal que a través de las sociedades científicas nacionales e internacionales, se creara un grupo de expertos que buscara una solución para poder llegar al tan ansiado consenso. Con ello, estoy convencido que se avanzaría, considerablemente, en el tratamiento de las fracturas del EDR, y hacer bueno el término «Medicina basada en la evidencia».

I. Proubasta Renart  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España*  
Correo electrónico: [iproubasta@santpau.cat](mailto:iproubasta@santpau.cat)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ricma.2016.02.001>

1698-8396/© 2016 SECMA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).