

Uso del yeso antebraquial en fracturas de colles con manejo conservador: Revisión de la literatura

Use of an antebrachial cast in Colles fractures for conservative care:
A literature review

—

Montero-Orozco Sarain¹
sarain.montero@unach.mx

García-Chong Néstor Rodolfo^{1,2}
nestor.garcia@unach.mx

Rodríguez-Feliciano Miguel Ángel¹
miguel.rodriguez@unach.mx

1 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS. TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS, MÉXICO.

2 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS IMSS BIENESTAR



Para citar este artículo:

Montero Orozco, S., García Chong, N. R., & Rodríguez Feliciano, M. Ángel. Uso del yeso antebraquialpalmar en fracturas de colles con manejo conservador: Revisión de la literatura. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo*, 14(41). <https://doi.org/10.31644/IMASD.41.2025.a06>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 12% de las fracturas originadas principalmente en caídas y accidentes de tráfico, conllevan a discapacidades que pueden terminar con años potenciales de vida productivos. El crédito por la descripción del modelo de fractura más común que afecta el extremo distal del radio lo posee Sir Abraham Colles quien describió la fractura en el 1814, y desde entonces lleva su nombre (Enseñat, 2021). La fractura de Colles, también llamada de Colles-Pouteau, es una fractura que se produce en el radio a menos de 2,5 cm de la muñeca. Es una de las fracturas más frecuentes, especialmente en mujeres mayores de 60 años que además pueden padecer osteoporosis (Romero, 2009).

La incidencia de fracturas es multifactorial y casi siempre complicada por factores como edad, género, comorbilidades, estilo de vida y ocupación. Los factores que influyen directamente para que se presente una fractura son fuerzas externas que aplicadas directa o indirectamente sobrepasan el punto de ruptura del tejido óseo; los factores de riesgo que influyen de manera directa son: a) la calidad ósea, b) la edad y c) el estilo de vida (Domínguez, 2017). Se ha observado que el género masculino se fractura a edades más tempranas (17-49 años) y las mujeres a edades más avanzadas, en promedio después de los 50 años (López, 2022). Otro factor por considerar es la osteoporosis que es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una baja densidad ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consecuente aumento de la fragilidad y la susceptibilidad para la aparición de fracturas. Esta enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres posmenopáusicas, en una relación mujer/hombre que puede variar entre 3 a 8 mujeres por cada hombre. Señalando una incidencia de 25% para las mujeres mayores de 45 años y 50% para mujeres mayores de 60 años (Contreras, 2001). Este tipo de fracturas es más probable que ocurra durante la práctica de **deportes**, y el riesgo aumenta si el paciente tiene osteoporosis (Hermoso, 2003).

El mecanismo de producción suele ser indirecto, y se produce por una caída en extensión o flexión dorsal de la mano. La deformidad que se produce es en «dorso de tenedor» y en ocasiones se acompaña del arrancamiento de la estiloides cubital. Si la caída se produce sobre el dorso de la mano, es decir, en flexión palmar se denomina fractura de Colles invertida o fractura de Smith,

y la deformidad que resulta es en «pala de jardín» o «guadaña», y se aprecia cómo sobresale dorsalmente la estiloides cubital (Serrano, 2008).

En el manejo de la fractura de Colles la supinación mejora mucho los resultados anatómicos y funcionales, previene sus complicaciones más frecuentes y desempeña un importante papel en cuanto a mantener la reducción, sobre todo en pacientes con osteoporosis marcada u oblicuidad del trazo de fractura (Delgado, 1998).

Según el momento del tratamiento inicial, el 26.5% lo recibe dentro de las primeras seis horas, 70% después de seis horas y hasta tres semanas, mientras que, un 3.5% después de tres semanas del origen de la lesión, esto lo refiere un estudio en fracturas abiertas en adultos atendidos en un hospital en América Latina (Shiraishi, 2019).

Frykman clasifica las fracturas de muñeca según sean intraarticulares o extraarticulares, y si existe o no fractura de la extremidad distal del cúbito. Establece ocho tipos distintos de fracturas (Tabla 1).

Tabla 1

Tipos de fractura de Colles según lugar de ocurrencia

Tipo	Descriptor
I:	Fractura de radio distal extrarticular
II:	Fractura de radio distal extrarticular + Fractura del cúbito distal
III:	Fractura de radio distal intraarticular radiocarpiana
IV:	Fractura de radio distal intraarticular radiocarpiana + Fractura del cúbito distal
V:	Fractura de radio distal intraarticular radiocubital
VI:	Fractura de radio distal intraarticular radiocubital + Fractura del cúbito distal
VII:	Fractura de radio distal intraarticular radiocarpiana y radiocubital
VIII:	Fractura de radio distal intraarticular radiocarpiana y radiocubital + Fractura del cúbito distal

Nota: Enseñat, 2021.

El **diagnóstico** de las fracturas de Colles se realiza generalmente por la clínica: dolor, deformidad, tumefacción, y realizando pruebas radiográficas (Lutza, 2004). En la figura 1 se observa el yeso antebraquialpalmar en fractura de colles con manejo conservador.



Nota: Fotografías propias del autor con autorización del paciente

Figura 1. Fractura antebraquialpalmar de colles

En un alto porcentaje de fracturas de Colles se pierde la reducción obtenida al poco tiempo, lo que se atribuye a la disminución progresiva del edema, a que se afloja el enyesado y a los movimientos libres del codo y de la mano. Pero hasta ahora no se ha considerado el papel deformante de los músculos, elemento primordial que se debe tener en cuenta en la fisiopatología y aspectos terapéuticos de cualquier fractura (Delgado, 1998). Por lo que se puede considerar que el uso del yeso braquipalmar y antebraquipalmar presentan ventajas y también algunas desventajas para este tipo de fracturas (Tabla 2).

Tabla 2

Ventajas y desventajas del uso del yeso braquipalmar vs antebraquipalmar en fracturas de colles

Articulación/miembro	Braquipalmar	Antebraquipalmar
Mano	1. Edema severo de la mano	1. Mínimo edema de la mano
	2. Gran limitación funcional de la mano	2. Mejor motilidad de los dedos
Codo	3. Codo inmovil	3. Codo sin yeso por lo que se inicia de inmediato la movilización del mismo
Hombro	4. Peso doble del yeso que limita el movimiento del hombro	4. El hematoma de la fractura corre al codo y al no tener yeso se difunde mas rápido
		5. Menor peso con lo que el paciente inicia movilización temprana del hombro
		6. Mayor comodidad referida por los pacientes por el menor peso y aumento de la agilidad
		7. Acomodarse para descansar y dormir es mas fácil

Nota: Elaboración propia con base en evidencia referida por 50 pacientes durante 5 años.

El objetivo del presente es el de analizar las ventajas del uso del yeso antebraquipalmar en fractura de colles con manejo conservador. Respecto a la metodología, el trabajo se basó en la experiencia durante cinco años en la atención de 50 pacientes que acudieron a diagnóstico y manejo conservador.

CONCLUSIONES

A partir de la revisión de la literatura y de la experiencia propia, se observa que en el pasado se pensaba que el manejo de la fractura de Colles debía ser mediante el uso del yeso braquipalmar para evitar la pronosupinación y el desplazamiento de la fractura. Sin embargo, con el tiempo y diversos estudios, se ha observado que con el yeso antebraquipalmar ya con buena reducción de la fractura se obtienen los mismos resultados radiográficos.

Por lo que si bien, en ambos casos, se obtienen resultados similares, un factor que resulta determinante en una recuperación exitosa, es la rehabili-

tación inmediata de la fractura de Colles con la aplicación del yeso dejando las articulaciones libres y con esto se acorta la recuperación, lo cual lleva a una mayor satisfacción de los pacientes.

REFERENCIAS

- Contreras y Cols.**, (2001). *Osteoporosis: Factores de Riesgo, Prevención y Tratamiento Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, Volumen 20 - Número 1, 2001 (27-37) https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000100003
- Delgado** Rifá E, Escalona Zaldívar R. (1998). *Ventajas de la supinación en la fractura de Colles. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 12 (1-2), 52-56. Recuperado en 06 de noviembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X1998000100009&lng=es&tlng=es.
- Domínguez** Gasca Luis Gerardo, Orozco Villaseñor Sergio Luis, (2017). Frecuencia y tipos de fracturas clasificadas por la Asociación para el Estudio de la Osteosíntesis en el Hospital General de León durante un año. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 15, No. 4, octubre-diciembre 2017. <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v15n4/1870-7203-amga-15-04-275.pdf>
- Enseñat** Rojas JM, Díaz de la Rosa C, Cabrera Barbón JC, Jerez Labrada JA. (2021) Caracterización de pacientes tratados con minifijador externo RALCA por fracturas inestables del extremo distal del radio. *Revista estudiantil* 60 (280): e1204: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1204
- Fisioterapia para mayores a domicilio** (2024). *Fractura de Colles. Tratamiento Fisioterápico*. <https://fisiomayores.com/fisioterapia-tratamientos/fractura-de-colles/>
- Hermoso** de Mendoza, M.T.. (2003). Clasificación de la osteoporosis: Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (Supl. 3), 29-52. Recuperado en 06 de noviembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000600004&lng=es&tlng=es.
- López y Cols.**, (2022). Prevalencia de fracturas en adultos mayores Hospital Angeles Mocel *Acta Med GA*. 2022; 20 (3): 250-254. <https://dx.doi.org/10.35366/105728>
- Lutza** Martin, Markus Gablay Sigurd Pechlaneraa. (2004). Fracturas de Colles intraarticulares, reducción abierta, fijación interna y relleno del defecto con injerto corticoesponjoso autólogo. *Tec. Quir. Ortop. Traumatol. (ed. esp.)* Vol. 13 núm. 2, <https://www.elsevier.es/es-revista-tecnicas-quirurgicas-ortopedia-traumatologia-41-pdf-13065077>

- Pancorbo**, (2021). Actualidad sobre el consenso de los sistemas de clasificación en la fractura distal del radio. *Revista Cubana de Medicina Militar*;50 (4): e02101016 <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v50n4/1561-3046-mil-50-04-e1016.pdf>
- Romero Pérez**, B.; Navarro Navarro, R.; Martín García, F.; Santana Suárez, R.; Barroso Rosa, S. (2009). Fracturas del tercio distal de radio. *Rev.Canar. méd. quir. n.19*, https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/5919/1/0514198_00019_0001.pdf
- Shiraishi** y Cols., (2019). Análisis epidemiológico de las fracturas abiertas de miembros inferiores en adultos atendidos en un hospital peruano. *An Fac med. 2019;80* (4):539-40. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n4/a22v80n4.pdf>
- Serrano de la Cruz Fernández M^a J.** (2008). Fracturas distales de radio. Clasificación. Tratamiento conservador. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular. N.º 236* . Vol. 46. http://www.cirugia-ostearticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/1855_141.pdf