

Reemplazo de la cabeza radial

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. Evaluamos su historial clínico, examinamos su codo y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario para determinar cuál es el problema.

Esta operación consiste en sustituir la cabeza radial —la parte redondeada de uno de los dos huesos del antebrazo— por una prótesis artificial. Generalmente se indica cuando la cabeza radial se ha fracturado en varios fragmentos que no pueden volver a unirse, o cuando la fractura ha provocado inestabilidad en el codo o el antebrazo. Muchas fracturas de la cabeza radial sanan sin cirugía; por ello, en primer lugar se opta por un tratamiento no quirúrgico. La cirugía se realiza únicamente si este tratamiento no produce mejoría suficiente, o si la fractura es demasiado grave para que dicho tratamiento sea eficaz.

El objetivo es lograr un codo más estable, reducir el dolor y mejorar la movilidad de su brazo.

Antes de la operación

En las semanas previas a la cirugía, solicitaremos radiografías y, en ocasiones, una tomografía computarizada, para medir su codo y planificar la operación. Estos estudios muestran dónde se ha roto el hueso y nos ayudan a elegir el tamaño adecuado del implante. La mayoría de los pacientes no necesitan nada más que esto. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación con el anestesiista.

El día de la operación, no debe ingerir alimentos durante siete horas antes. Pedimos siete horas en lugar de seis para que, si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto, pueda entrar al quirófano más temprano; su cirujano le confirmará el tiempo exacto de ayuno. Solo suspenda la toma de determinados medicamentos si se lo hemos indicado, y lleve consigo una lista escrita de todos los fármacos que toma. Organice que alguien lo lleve a casa, y vístase con ropa holgada y cómoda que tenga botones o cremallera, en lugar de prendas que deban pasarse por la cabeza.

El día de la intervención

Ese día, acudirá a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Conocerá al anestesta, quien repasará con usted su historial médico y los medicamentos que toma. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará de esto con usted ese mismo día. A continuación, será conducido al quirófano, donde se llevará a cabo la intervención.

Una vez finalizada la operación, despertará en la sala de recuperación. Las enfermeras permanecerán a su lado mientras la anestesia va desapareciendo y se asegurarán de que se sienta cómodo. Cuando su estado sea estable, será trasladado a una sala de hospitalización o podrá volver a casa ese mismo día, según el tipo de intervención y su evolución postoperatoria. Si regresa a casa, la persona designada para llevarle lo hará. Antes de irse, le explicaremos cómo cuidar su codo durante los próximos días y a quién debe contactar si surge alguna duda.

Qué implica la operación

El cirujano realiza una incisión en el lado externo del codo para acceder a la cabeza radial fracturada. A continuación, se secciona con cuidado una banda de tejido que rodea la parte superior del hueso del antebrazo, de modo que se puedan visualizar los fragmentos fracturados. Estos fragmentos se extraen y se disponen sobre una mesa auxiliar, como si fuera un rompecabezas, para determinar qué tamaño de prótesis necesita el codo.

Posteriormente, el hueso se lija hasta obtener una base lisa y recta; además, se prepara el canal interno del hueso para que la nueva prótesis quede bien fijada. En primer lugar se colocan piezas de prueba. El cirujano verifica que la nueva cabeza radial quede alineada y se mueva sin problemas contra el hueso del extremo superior del brazo, tanto mediante inspección visual como mediante imágenes de rayos X durante la operación. También se evalúa el rango de movimiento y la estabilidad del codo antes de colocar la prótesis definitiva.

La prótesis es metálica y, por lo general, se fabrica ligeramente más pequeña que la cabeza radial original para evitar el estrechamiento de la articulación. Una vez colocada, se sutura nuevamente la banda de tejido que rodea el hueso del antebrazo, y se reparan los ligamentos dañados alrededor del codo para garantizar su estabilidad. Finalmente, la piel se cierra con puntos de sutura y se cubre con un vendaje.

Dado que un hueso fracturado puede presentar un aspecto peor en el interior del codo que en las imágenes de diagnóstico, el cirujano mantiene a mano diversas opciones de implantes durante la operación, incluyendo piezas de distintas formas y longitudes, de modo que se pueda seleccionar la que mejor se adapte una vez visualizada directamente la fractura.

Después de la operación

Durante el primer día o dos, es normal sentir dolor en el codo; este dolor disminuirá a medida que el efecto de la anestesia se vaya pasando. Se le administrarán analgésicos para mantenerlo cómodo; avise a las enfermeras si no surten efecto. Su brazo descansará en un cabestrillo sencillo para mayor comodidad, y normalmente se inician movimientos suaves del codo desde temprano, ya que moverlo pronto ayuda a prevenir la rigidez. Alguien debe

acompañarlo durante las primeras 24 horas después de regresar a casa. Su equipo médico le indicará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, el codo le dolerá y se hinchará; la piel circundante podría presentar hematomas. Esto forma parte normal del proceso de curación. Mantener la mano elevada sobre almohadas mientras está sentado o descansando ayuda a reducir la hinchazón, y los analgésicos aliviarán el malestar a medida que este disminuya.

Para mayor comodidad, el brazo se sostiene mediante un cabestrillo sencillo; sin embargo, este no inmoviliza el codo. Se inician movimientos suaves desde el principio, ya que la movilidad temprana ayuda a prevenir la rigidez. La terapia de la mano postoperatoria la llevará a cabo Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta especializada en mano: ella le guiará en los ejercicios y confeccionará cualquier férula que necesite. Los ejercicios iniciales son leves y suaves; irán aumentando en intensidad según lo permita su codo.

En casa, podrá utilizar la mano para tareas sencillas desde el inicio, como comer, escribir o abrochar botones. No deberá levantar objetos pesados con ese brazo hasta que su terapeuta lo autorice. Al principio, dormir resulta más fácil en una silla o recostado sobre almohadas; si le resulta cómodo, puede usar el cabestrillo.

A medida que la hinchazón disminuye y recupera la movilidad, las actividades cotidianas se vuelven más sencillas. Una vez que pueda agarrar y sostener objetos ligeros sin dolor, empezará a utilizar el brazo con mayor frecuencia. Cuando su cirujano le dé permiso para conducir, consulte nuestra guía sobre [conducción tras una cirugía de miembro superior](#). No debe conducir mientras lleve el cabestrillo, y es imprescindible haber suspendido el uso de analgésicos fuertes y ser capaz de reaccionar ante una frenada de emergencia.

La recuperación varía según cada persona. Su cronograma personal podría diferir; su cirujano y terapeuta de mano lo guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

Con el tiempo, la prótesis puede aflojarse. Es posible que sienta un dolor profundo y palpitante que no cede con analgésicos comunes, o un nuevo dolor que reaparece tras haber desaparecido. También puede romperse o desplazarse ligeramente de su posición. Este desplazamiento puede percibirse como un chasquido, un clic o una sensación de que el codo no se mueve con fluidez. Si nota cualquiera de estos síntomas, comuníquese con la clínica en lugar de esperar a su próxima cita.

El codo puede volverse rígido. Cierta rigidez es normal al principio, pero si el codo permanece muy rígido y no se puede estirar ni doblar a pesar de la terapia, informe a su cirujano o al terapeuta de mano. Existen tratamientos adicionales que pueden ayudar.

Durante la cirugía, los nervios cercanos al codo pueden irritarse. Esto puede manifestarse como hormigueo, entumecimiento o debilidad en el antebrazo, la mano o los dedos. Comente cualquier nuevo entumecimiento o debilidad en su revisión, o llame a la clínica si aparece de forma repentina.

Con el tiempo, la superficie de la prótesis puede desgastarse. El material desgastado puede irritar la membrana sinovial, provocando hinchazón, calor y una sensación “gomosa” alrededor del codo. Si el codo se mantiene hinchado o doloroso, mencione este hecho en su próxima revisión.

Años después de la cirugía, puede desarrollarse artritis en la articulación del codo. Es posible que note crujidos, molestias o una pérdida progresiva de la capacidad de doblar o estirar el codo. Informe a su cirujano si esto limita sus actividades cotidianas.

En algunos casos, es necesario retirar o sustituir la prótesis mediante una segunda intervención. Esto es más probable durante los primeros años, por lo que debe seguir asistiendo a las revisiones aunque el codo parezca funcionar bien. La extracción de una prótesis problemática suele aliviar el dolor y mejorar el movimiento.

Una segunda operación también puede reducir las posibilidades de volver a practicar deportes; por ello, comente sus expectativas con el cirujano desde el principio.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas; si desea información específica, puede consultarla.

¿Cuándo debemos ser contactados?

Llámenos si tiene fiebre, si la herida se vuelve más roja o comienza a supurar líquido, o si el dolor empeora repentinamente. También llámenos si su codo se hincha mucho y se calienta, o si aparece entumecimiento o debilidad nueva. Acuda a urgencias si presenta hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar. Acuda a urgencias también si no siente ni puede mover el brazo. Si está preocupado, llámenos en lugar de esperar a su próxima cita.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La sustitución de la cabeza radial merece una lectura más detallada debido a un hallazgo que modifica la forma en que debe interpretarse el término “revisión”: cuando estos implantes se retiran, generalmente no es porque hayan fallado.

¿POR QUÉ SE RETIRAN LOS IMPLANTES?

Un metaanálisis de **1.017** artroplastias de cabeza radial examinó los casos de extracción y revisión directamente [1]. Destacan dos resultados principales. La mayor incidencia de extracción o revisión se produjo **en los dos años siguientes** a la implantación, no en etapas tardías, como cabría esperar por fallos relacionados con el desgaste. Además, la mayoría de las extracciones se realizaron para tratar la **rigidez del codo y la osificación heterotópica**, y no por aflojamiento del propio implante [1].

Esto cambia por completo la perspectiva sobre el tema. En raras ocasiones se revisa una prótesis de cabeza radial porque el metal se haya desgastado o aflojado. Se extrae porque el codo circundante se vuelve rígido; retirar el implante forma parte del tratamiento de dicha condición. Por lo general, el implante no es el problema; es simplemente el punto donde se aborda el problema.

Esto también implica que el verdadero adversario en esta cirugía es el mismo que influye en cualquier lesión grave de codo: la pérdida de movilidad. La rehabilitación no es un complemento de la intervención; es el factor determinante principal para su éxito.

LA TASA DE REOPERACIONES PUBLICADA DEBE INTERPRETARSE CON CAUTELA

En otra revisión sistemática realizada con **1,272** pacientes se concluyó que la literatura no ofrece una estimación fiable de la tasa de reoperaciones tras la artroplastia de la cabeza del radio [2]. La recomendación que se hizo fue de índole metodológica: los informes deben basarse en un seguimiento mínimo de **tres años**, así como en una definición consensuada de qué se considera motivo para una revisión [2].

Teniendo en cuenta que, según estudios previos, la mayoría de las extracciones del implante ocurren en los dos primeros años, cualquier estudio con un seguimiento de doce o dieciocho meses subestimarán sistemáticamente dicha cifra. Por consiguiente, cuando se mencione una baja tasa de revisiones para este implante, la duración del seguimiento resulta más relevante que el propio número.

NO TODAS LAS FRACTURAS DE LA CABEZA DEL RADIO REQUIEREN PRÓTESIS

La colocación de una prótesis compite con la fijación quirúrgica, y esta comparación ha sido estudiada en detalle. En un análisis que incluyó a **1,264** pacientes sometidos a distintos tratamientos quirúrgicos para fracturas de la cabeza y cuello del radio, la reducción abierta y fijación interna resultó ser la mejor opción para las fracturas de tipo II y III según la clasificación de Mason; mientras que la colocación de prótesis se reserva para los casos con mayor fragmentación ósea [3].

La distinción clínicamente relevante radica en si la cabeza del radio puede reconstruirse de manera estable. Cuando esto es posible, la fijación permite conservar la anatomía natural. En cambio, cuando la fractura presenta demasiados fragmentos, intentar la fijación conlleva el peor desenlace posible: un resultado fallido que deja el codo rígido e inestable, requiriendo intervenciones quirúrgicas adicionales.

EL DISEÑO DEL IMPLANTE HA TENIDO MENOS INFLUENCIA QUE LA COMPLEJIDAD DE LA LESIÓN

Durante mucho tiempo ha habido debate en torno al diseño y la fijación del implante. Una revisión sistemática realizada en **1,316** pacientes que recibieron un prótesis de vástago pulido y de ajuste holgado resulta ilustrativa: dicho grupo presentaba, en el punto de partida, una proporción **mayor** de lesiones de la “tríada terrible”, lesiones más complejas; no obstante, se obtuvieron resultados clínicos favorables con una tasa significativamente menor de inestabilidad postoperatoria [4].

La interpretación razonable no es que un diseño sea superior a otro, sino que la gravedad de la lesión inicial influye más en los resultados que la elección del implante.

REFERENCIAS

- [1] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. Tasa de extracción o revisión de prótesis de cabeza radial: una revisión sistemática y metaanálisis. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031>
- [2] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonneville N, et al. Tiempo mínimo de seguimiento necesario para la artroplastia de cabeza radial. Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2>
- [3] Zwingmann J, Welzel M, Dovi-Akue D, Schmal H, Südkamp N, Strohm P. Resultados clínicos tras distintos métodos quirúrgicos para tratar fracturas de la cabeza y cuello radial. Injury. 2013;44(11):1540-50. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.04.003>
- [4] Lammers SE, Schnellman GL, Beimel C, de Gast A, Chambers BE. Rompiendo con el statu quo: la revisión sistemática de una prótesis de cabeza radial de tallo pulido y ajuste holgado revela resultados clínicos estables en lesiones complejas del codo con fractura concomitante de la cabeza radial. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05160-6>