

Tratamiento quirúrgico en lesión subaguda de Essex-Lopresti

Surgical treatment in subacute Essex-Lopresti injury

Raúl Toledo Sandoval^{1,*}. <https://orcid.org/0009-0002-8002-8291>

José Luis Cifras Vignolo². <https://orcid.org/0000-0001-6366-4363>

Álvaro Urrutia Donoso^{1,3}. <https://orcid.org/0009-0003-7279-3388>

Sergio Anabalón Miranda³. <https://orcid.org/0009-0009-3762-9922>

José Maldonado Escandón³. <https://orcid.org/0009-0005-7839-1667>

María Jesús Zárate Cordova⁴. <https://orcid.org/Cordova0009-0000-7359-6253>

¹Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule. Chile.

²Universidad Católica del Maule, Médico traumatólogo Equipo de Mano Hospital Regional de Talca. Chile.

³Residente Programa de Ortopedia y Traumatología Universidad Católica del Maule. Chile.

⁴Alumna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

*Correspondencia: Raúl Toledo Sandoval / raultoledo70@gmail.com

Declaración de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Recibido: 09/05/2025.

Aceptado: 20/01/2026.

Resumen

La lesión de Essex-Lopresti es una lesión poco común caracterizada por la combinación de fractura de la cabeza del radio, rotura de la membrana interósea y luxación de la articulación radiocubital distal. El diagnóstico suele subestimarse debido a síntomas sutiles y a un enfoque clínico inicial centrado en la fractura de la cabeza radial. Presentamos el caso de un hombre de 33 años que sufrió un traumatismo bilateral de extremidades superiores, resultando en una fractura de cabeza radial derecha y una lesión de Essex-Lopresti en el lado izquierdo. El lado derecho se manejó de forma conservadora, mientras que el izquierdo fue sometido a una artroplastia total de cabeza radial combinada con acortamiento cubital y estabilización de la articulación radiocubital distal. No se realizó reconstrucción de la membrana interósea. El seguimiento clínico y radiográfico mostró una evolución favorable, con consolidación ósea y estabilidad articular adecuada. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz y de un abordaje quirúrgico integral en las lesiones de Essex-Lopresti, enfatizando la necesidad de restaurar la estabilidad longitudinal del antebrazo para prevenir complicaciones como la migración radial proximal y la inestabilidad crónica. Una evaluación sistemática es esencial en todos los pacientes que presentan fracturas de la cabeza del radio, incluso en traumatismos aparentemente aislados.

Palabras clave: Antebrazo; Essex-Lopresti; Fractura de la cabeza del radio; Inestabilidad de la articulación radiocubital distal; Membrana interósea; Reemplazo de la cabeza del radio.

Abstract

The Essex-Lopresti lesion is an uncommon injury characterized by the combination of radial head fracture, disruption of the interosseous membrane (IOM), and dislocation of the distal radioulnar joint (DRUJ). Diagnosis is often underestimated due to subtle symptoms and an initial clinical focus on the radial head fracture. We present the case of a 33-year-old male who sustained bilateral upper extremity trauma, resulting in a right radial head fracture and a left-sided Essex-Lopresti injury. The right side was managed conservatively, while the left side underwent total radial head arthroplasty combined with ulnar shortening and DRUJ stabilization. No IOM reconstruction was performed. Clinical and radiographic follow-up showed favorable evolution, with bone consolidation and adequate joint stability. This case highlights the importance of early diagnosis and a comprehensive surgical approach in Essex-Lopresti injuries, emphasizing the need to restore forearm longitudinal stability to prevent complications such as proximal radial migration and chronic instability. A systematic evaluation is essential in all patients presenting with radial head fractures, even in apparently isolated trauma.

Keywords: Essex-Lopresti; Distal radioulnar joint instability; Forearm; Interosseous membrane; Radial head arthroplasty; Radial head fracture.

Introducción

La lesión de Essex-Lopresti corresponde a una entidad compleja del antebrazo, caracterizada por la tríada de fractura del cabezal radial, disrupción de la membrana interósea (IOM) y dislocación de la articulación radiocubital distal (DRUJ)¹. A pesar de su baja frecuencia, representa aproximadamente el 1% de todas las fracturas del cabezal radial, aunque algunas series sugieren una prevalencia subestimada que podría alcanzar hasta un 5%².

El mecanismo lesional más habitual involucra un trauma de alta energía, como una caída sobre la mano en pronación, que genera una fuerza de compresión longitudinal a lo largo del antebrazo¹. Este patrón biomecánico compromete la integridad de la IOM y altera la estabilidad longitudinal del antebrazo.

El diagnóstico requiere una evaluación clínica minuciosa complementada con estudios radiográficos. Entre los hallazgos más relevantes se incluyen la fractura del cabezal radial, la migración proximal del radio y la inestabilidad de la DRUJ, los cuales pueden pasar desapercibidos en las radiografías iniciales³. La detección temprana es fundamental, dado que el retraso diagnóstico o el manejo inadecuado pueden derivar en complicaciones funcionales severas, incluyendo dolor crónico, pérdida de fuerza y limitación de la pronosupinación².

El tratamiento depende de la extensión y cronicidad del daño. Las opciones terapéuticas incluyen fijación interna del cabezal radial, artroplastia radial, reconstrucción de la IOM y procedimientos complementarios dirigidos a restaurar la estabilidad distal⁴. Una revisión reciente destaca la importancia de una terminología clara y una clasificación precisa para diferenciar entre lesiones agudas, subagudas y crónicas, ya que cada una exige una aproximación terapéutica distinta^{1,3}. Sin embargo, incluso con tratamiento quirúrgico, las tasas de complicaciones pueden ser elevadas, especialmente en lesiones no tratadas oportunamente, con reportes que alcanzan hasta un 80% de inestabilidad persistente o falla protésica^{2,5}.

Caso clínico

Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes mórbidos, quien consulta por cuadro de un mes de evolución posterior a caída en bicicleta, con traumatismo en ambas extremidades superiores. Refiere dolor, aumento de volumen e impotencia funcional bilateral a nivel

de codos. A su ingreso a urgencias, se constata valvas braquiopalmares en ambos brazos, movilidad activa conservada de manos y sin compromiso neurovascular.

Se solicitan radiografías de codos, antebrazo izquierdo y muñeca izquierda, en proyecciones anteroposterior y lateral, evidenciándose fractura de cúpula radial derecha sin desplazamiento y una lesión de Essex-Lopresti izquierda (fractura radial con disrupción de la membrana interósea y subluxación radiocubital distal) (Figuras 1 y 2). Se decide manejo conservador del lado derecho, dada la conservación de la pronosupinación. En el lado izquierdo se realiza artroplastia radial total más acortamiento cubital.



Figura 1: Radiografía anteroposterior de antebrazo izquierdo, se observa luxación de articulación radio-ulnar distal.

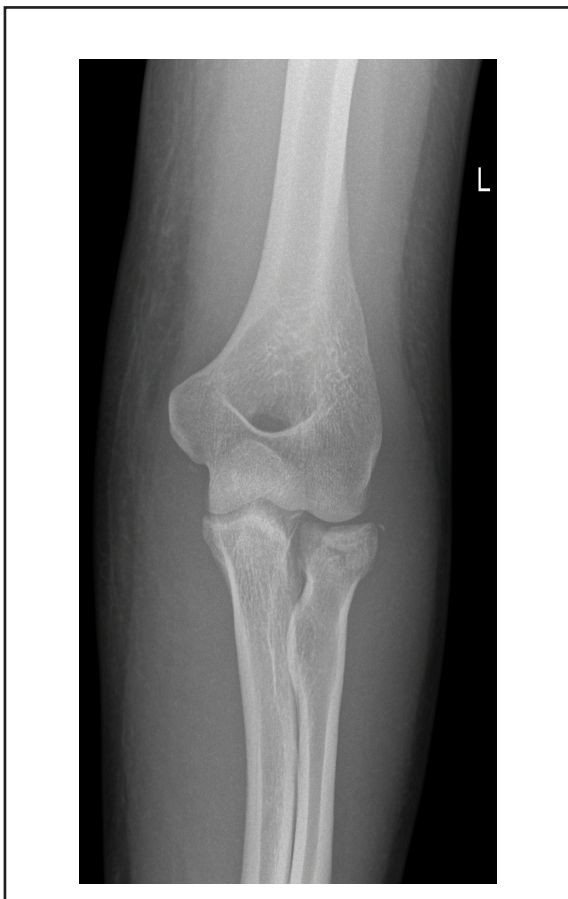


Figura 2: Radiografía anteroposterior de codo izquierdo, donde se observa fractura de cúpula radial.

Mediante abordaje lateral, se expone la cúpula radial, evidenciando fractura consolidada en mala posición, con colapso cubital. Se realiza osteotomía a nivel del cuello, seleccionando prótesis de cabeza radial de 26 mm y vástago de 9 mm, con adecuada estabilidad. Posteriormente, se aborda cúbito vía posterolateral, disecando entre ECU y FCU. Se realiza osteotomía con resección de cuña ósea de 5 mm, colocando placa de acortamiento Acumed®. La fijación se efectúa con tres tornillos bloqueados distales y tres corticales proximales, confirmando adecuada alineación y estabilidad radiocubital distal en fluoroscopia. Tiempo total de isquemia: 115 minutos. Movilización activa de dedos, con control en 15 días.

En primer control, refiere dolor leve. Las heridas se encuentran cicatrizadas. Radiografía muestra prótesis radial y placa cubital en buena posición, sin signos de osteólisis ni aflojamiento, y con signos iniciales de consolidación ósea (Figuras 3 y 4). Se realiza retiro de puntos e indica inicio de rehabilitación kinésica, con control posterior en un mes. En el último control al quinto mes post operado, el paciente fue evaluado mediante la escala DASH, obteniendo una puntuación de 1%, lo que traduce un resultado muy bueno. El rango de movilidad (ROM) final fue de: flexo-extensión de codo [0-130°] y una pronosupinación de [80-80°], con una fuerza de presión conservada en comparación con la extremidad contralateral.

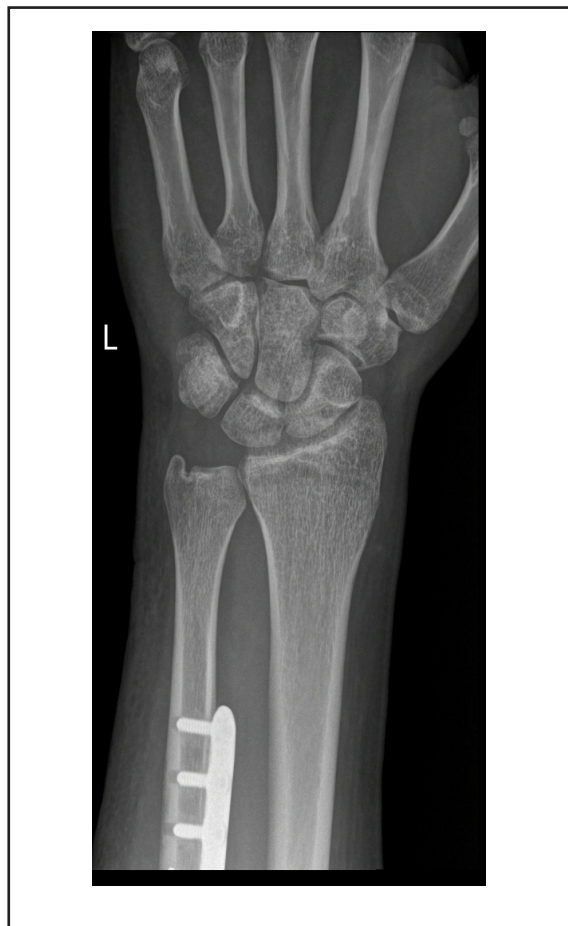


Figura 3: Radiografía anteroposterior de muñeca izquierda de control.



Discusión

La lesión de Essex-Lopresti representa una patología compleja del antebrazo que, de no ser diagnosticada y tratada oportunamente, puede evolucionar hacia complicaciones funcionales severas. En el caso presentado, el diagnóstico de lesión subaguda permitió planificar una estrategia quirúrgica que abordara tanto la pérdida de soporte radial como la discrepancia de longitud cubital^{3,5}.

El diagnóstico precoz es esencial para evitar la migración proximal del radio y prevenir complicaciones como inestabilidad crónica, dolor persistente y artrosis radiocubital distal¹. La elección de realizar una artroplastia radial junto a un acortamiento cubital tuvo como objetivo restaurar la estabilidad axial del antebrazo, evitando la migración radial y la pérdida funcional asociada⁴. Si bien históricamente se indicaba la resección del cabezal radial, esta opción se ha asociado a malos resultados, como inestabilidad persistente de la DRUJ y migración del radio, por lo que hoy se prefiere la artroplastia o la fijación interna cuando es factible².

Respecto a la reconstrucción de la membrana interósea (MIO), se decidió omitir este procedimiento basándose en la estabilidad lograda intraoperatoriamente. La literatura reciente sugiere que la reconstrucción de la MIO es un procedimiento técnicamente demandante y con morbilidad no despreciable, reservándose principalmente para casos crónicos con inestabilidad longitudinal persistente a pesar de una correcta longitud ósea^{3,4}. En nuestro paciente, la combinación de una prótesis radial (que actúa como espaciador y tope a la migración proximal) y el acortamiento cubital (que tensa las estructuras remanentes y estabiliza la ARCD) fue suficiente para restaurar la biomecánica del antebrazo sin necesidad de injertos tendinosos para la MIO.

Este caso enfatiza la necesidad de un enfoque diagnóstico sistemático y un manejo quirúrgico individualizado para optimizar los resultados funcionales y reducir el riesgo de secuelas a largo plazo, subrayando que la restauración de la longitud ósea es el pilar fundamental en el manejo de lesiones subagudas^{1,5}.

Referencias

1. Kooistra B, van den Bekerom M, Priester-Vink S, Barco R. Defining acute Essex-Lopresti injuries is problematic and variable: A systematic review. *EFORT Open Rev.*

Figura 4: Radiografía lateral de antebrazo izquierdo de control.

2022; 7(10): 727–733.

2. Matschke S, Hohendorff B, Zlotolow DA, Beeres FJ, Frosch KH, Wegmann K. *Diagnosis and treatment of acute Essex-Lopresti injury: focus on terminology and treatment strategies. EFORT Open Rev.* 2021; 6(12): 1080–1089.
3. Wegmann K, Frosch KH, Seegmüller J, Zlotolow DA, Matschke S. *Chronic Essex-Lopresti injury: A systematic review of current treatment strategies. EFORT Open Rev.* 2021; 6(11): 1032–1041.
4. Heijink A, Kodde IF, van den Bekerom MPJ, et al. *Management of chronic Essex-Lopresti injuries. EFORT Open Rev.* 2023; 8(6): 450-460.
5. Schnetzke M, Herrmann S, Keil H, et al. *Long-term outcomes after surgical treatment of Essex-Lopresti injuries. J Bone Joint Surg Am.* 2022; 104(15): 1350-1358.