

ANEXOS

1. TABLA RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS ANALIZADOS

Autor (Año)	Tipo de estudio	N.º de pacientes	Tratamientos realizados	Parámetros evaluados	Conclusiones
Ariyawatkul et al. (2016)	Retrospectivo de casos y controles	84 con fractura tipo II	Quirúrgico: RC + AK laterales; Conservador: RC + yeso	Diferencia ángulo de Baumann respecto al lado sano:	Proponen cirugía para IIB. IIA puede tratarse conservadoramente según Baumann y línea humeral anterior.
Iorio et al. (2019)	Comparativo retrospectivo	79 (38 quirúrgico, 41 conservador)	Quirúrgico: RC + AK laterales; Conservador: RC + yeso a 90°	AB, LHA, ángulo de carga, movilidad, criterios de Flynn, complicaciones	Ambos tratamientos son satisfactorios. Sin embargo, el quirúrgico proporciona mejor alineación radiográfica. La decisión debe basarse en AB y LHA.
Liebs et al. (2020)	Serie retrospectiva extensa	775	Tratamiento quirúrgico vs conservador	QuickDASH, PedsQL (función física), calidad de vida a medio-largo plazo	Excelente calidad de vida funcional a largo plazo, independientemente del tratamiento. PROMs útiles, pero con limitaciones en población pediátrica.
Umure et al. (2021)	Comparativo retrospectivo (solo tipo IIB)	86 (43 conservador, 43 quirúrgico)	Conservador: RC + yeso; Quirúrgico: RC + AK	MEPS, criterios de Flynn, seguimiento ≥24 meses	Resultados funcionales similares si se logra buena reducción anatómica, incluso en fracturas tipo IIB. Calidad de reducción es más importante que el método.
Zhao et al. (2021)	Metaanálisis (12 estudios)	933 (421 cruzado, 512 lateral)	Comparación: Pines cruzados vs laterales	AB, pérdida de reducción, lesión nervio cubital, resultados funcionales, complicaciones	Pines cruzados ofrecen mayor estabilidad, pero mayor riesgo de lesión del nervio cubital. Pines laterales: menor riesgo neurológico pero mayor pérdida de reducción.

Muslu et al. (2023)	Estudio retrospectivo	100 (IIA=21, IIB=12)	RC + fijación percutánea (todos)	AB, ángulo humerocapitelar, valgo, deformidades rotacionales/sagitales, criterios de Flynn	Reducción cerrada + fijación percutánea ofrece excelentes resultados en tipo II, incluyendo IIB, con baja tasa de deformidades residuales. El tratamiento quirúrgico mostró mejores resultados funcionales en tipo IIB; puede considerarse superior al tratamiento conservador.
Samaila et al. (2024)	Observacional retrospectivo	31 (19 tipo II: 9 IIA, 10 IIB)	IIA: Conservador (reducción cerrada + yeso); IIB: Quirúrgico (reducción cerrada + AK).	Ángulo de flexión, carga, criterios de Flynn, resultados funcionales	
Yapet al. (2024)	Serie de casos retrospectiva	42 (tipo II)	Inmovilización con cabestrillo/brazalete en flexión >90°, sin reducción formal (en la mayoría); 2 requirieron cirugía posterior.	Alineación radiográfica, necesidad de cirugía secundaria, seguimiento clínico	La inmovilización en alta flexión puede ser segura y efectiva en fracturas tipo II si se realiza un seguimiento estrecho.
Booker et al. (2025)	Estudio observacional retrospectivo (subgrupo IIA)	No especificado	Conservador: RC + yeso para fracturas IIA con desplazamiento 2–15 mm, extensión 15–20°, cortical posterior parcial.	Estabilidad inicial, seguimiento clínico-radiológico, necesidad de conversión quirúrgica	Algunas fracturas tipo IIA pueden manejarse exitosamente con tratamiento conservador si cumplen criterios específicos de estabilidad.