

SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL PROXIMAL CONGÉNITA: DESROTACIÓN CON FIJACIÓN EXTERNA MODULAR

Irene Negrié Morales, César Salcedo Cánovas, Fernando López-Navarro Morilo, Juan Fernando Navarro Blaya, Antonio Ondoño Navarro, Alonso Escudero Martínez
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sinostosis radio-cubital proximal (SRCP) es una patología de origen genético que puede aparecer de novo o con herencia autosómica dominante. La consecuencia de esta unión entre radio y cúbito depende de la amplitud de la propia sinostosis y su angulación. Radiológicamente se distinguen 3 tipos. El tipo I se caracteriza por ausencia completa de cabeza radial. El tipo II cursa con deformación y posible subluxación de la misma. Por último, en el tipo III la cabeza radial está deformada y subluxada pero la sinostosis no es ósea sino ligamentosa. Clínicamente todas ellas cursan con ausencia indolora de la rotación del antebrazo que se presenta fijo en supinación o en pronación. En el presente póster se expone el tratamiento quirúrgico con fijación externa de un paciente con sinostosis radio-cubital proximal bilateral.



Fig2. Compensación con movimiento de hombros de la ausencia de pronosupinación



Fig3. Radiografía AP: SRCP tipo II bilateral

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente hombre diestro de 8 años remitido a Consultas de Traumatología por limitación en el movimiento de ambas muñecas con dificultades para las actividades diarias. La exploración física revela ausencia de pronosupinación encontrándose ambas muñecas en posición de pronación, de mayor magnitud en el miembro superior izquierdo. Tras realizar radiografías de MMSS es diagnosticado de SRCP bilateral tipo II. Dada las importantes limitaciones que muestra el paciente se decide tratamiento quirúrgico mediante osteotomía con fijación del antebrazo en una posición más funcional. Se coloca al paciente en decúbito prono con flexión de 90º del codo. Se emplea un abordaje posterolateral seccionando la aponeurosis superficial del antebrazo y el músculo ancóneo hasta alcanzar el macizo óseo de sinostosis. Subperióticamente se disea la sinostosis procediendo al implante de las fichas del fijador externo y osteotomía transversal a nivel infracoronario. Finalmente se rota el antebrazo hasta la posición deseada y se fija con el con el FE.



Fig4. Radiografía lateral: SRCP tipo II bilateral

MATERIAL Y MÉTODOS

Se intervino en un primer tiempo el antebrazo izquierdo fijándolo en supinación de aproximadamente 20º. Durante las 10 semanas que portó el FE lo toleró adecuadamente. Con esta intervención se consiguió mejorar significativamente la calidad de vida del paciente al facilitarle las actividades de aseo, escritura y comer entre otras. Actualmente está en lista de espera para la desrotación del otro antebrazo.



Fig5. Abordaje posterolateral sobre sinostosis.



Fig6. Colocación de fichas de FE proximales y distales al lugar de osteotomía.

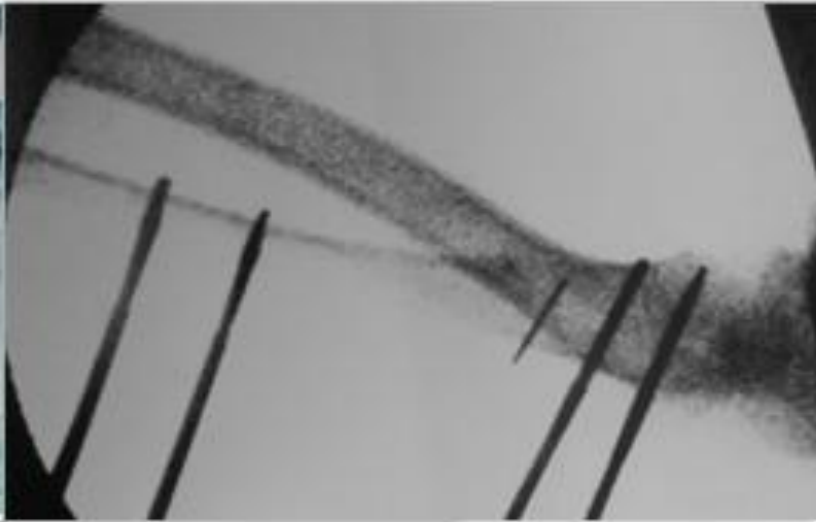


Fig7. Escopia intraoperatoria: elección del lugar de osteotomía.



Fig8. Osteotomía infracoronaria



Fig9. Colocación del fijador externo en posición de pronosupinación neutra.



Fig10. Escopia intraoperatoria de control tras fijar el antebrazo.

CONCLUSIÓN

En su origen la SRCP es cartilaginosa haciéndose visible en las radiografías cuando se produce su osificación. Generalmente es proximal y puede cursar con ausencia o deformidad y luxación de la cabeza radial. El objetivo del ortopeda infantil debe ser conseguir la fijación del antebrazo en una posición de pronosupinación funcional para el paciente ya que las cirugías de restablecimiento de la rotación no han mostrado resultados satisfactorios. Habitualmente el antebrazo se coloca en aproximadamente 15-20º de pronación en las SRCP unilateral. El empleo de la fijación externa favorece la movilización precoz del codo y la muñeca unido a la ausencia de pérdida de reducción que con métodos más clásicos era posible. En las SRCP bilaterales se recomienda fijar el antebrazo no dominante con la mano en discreta pronación para facilitar la escritura y el contralateral en ligera supinación con el objetivo de facilitar la bimanualidad y las funciones que requieren mostrar la palma de la mano.



Fig11. Control radiográfico con el FE.



Fig12. Fijación en 20º supinación.



Fig13. Radiografía lateral tras retirada de FE.



Fig14. Radiografía AP tras retirada de FE.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- JAMES, M. A.; BEDNAR, M. S. Malformations and deformities of the wrist and forearm. *GREEN’S OPERATIVE HAND SURGERY. Philadelphia, Churchill Livingstone*, 2011.
- DAUTEL, G. Tratamiento de las malformaciones congénitas de la muñeca y del antebrazo. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Ortopedia y Traumatología*, 2014, vol. 6, no 3, p. 1-11.
- RUBIN, Guy; ROZEN, Nimrod; BOR, Noam. Gradual correction of congenital radioulnar synostosis by an osteotomy and Ilizarov external fixation. *The Journal of hand surgery*, 2013, vol. 38, no 3, p. 447-452.