

REPERCUSIÓN CLÍNICA DEL *EXTENSOR CARPI ULNARIS* ACCESORIO; UNA VARIANTE ANATÓMICA POCO COMÚN



Bureo González J, Couceiro Otero J, Ayala Gutierrez H, Sánchez Crespo MR, Del Canto Álvarez FJ
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Objetivos

Mostrar la repercusión clínica de las bandas accesorias del Extensor Carpi Ulnaris (ECU).

Material y Metodología

Varón de 43 años diagnosticado de tendinosis del ECU refractaria al tratamiento médico. Presenta dolor en sexta corredera extensora a la pronosupinación sin subluxación observable del tendón. Ante la refractariedad a la terapia física, infiltraciones e iontoforesis, se decide tratamiento quirúrgico.

Realizamos abordaje dorsal exponiendo entre el tercer y sexto compartimento extensor. Durante la disección quirúrgica, se observa subdivisión del sexto compartimento con dos tendones extensores con su subvaina correspondiente, con inserción del tendón accesorio en la cabeza del quinto metacarpiano. Se realiza liberación del ECU y su tendón accesorio y se efectúa una técnica estabilizadora de Spinner Kaplan. Tanto la ecografía como la RMN no informaban de la banda tendinosa accesorio.

Conclusiones

La patología del ECU es especialmente frecuente en pacientes que realizan movimientos de pronosupinación continuada. Las variantes anatómicas del ECU se plantean como factor predisponente de tendinopatía y/o subluxación del ECU, provocando déficit funcional en la muñeca y el meñique en el llamado Síndrome del Extensor Carpi Ulnaris. Estas bandas emergen del ECU para insertarse en el aparato extensor del quinto dedo. Se estima una prevalencia de entre el 10-34% de la población. Nakashima clasificó las bandas accesorias en A, B y C en función del lugar de inserción en el quinto metacarpo. Las bandas A, corresponden a una inserción en la base del quinto metacarpo, las B en la zona media y las C se extienden hasta la cabeza. Se considera que las bandas tipo C son las de mayor repercusión clínica, pues en supinación máxima el ECU se encuentra en tracción máxima y una inserción tan distal pudiera ser la responsable de debilidad de la muñeca, el meñique y bloqueo de la supinación.

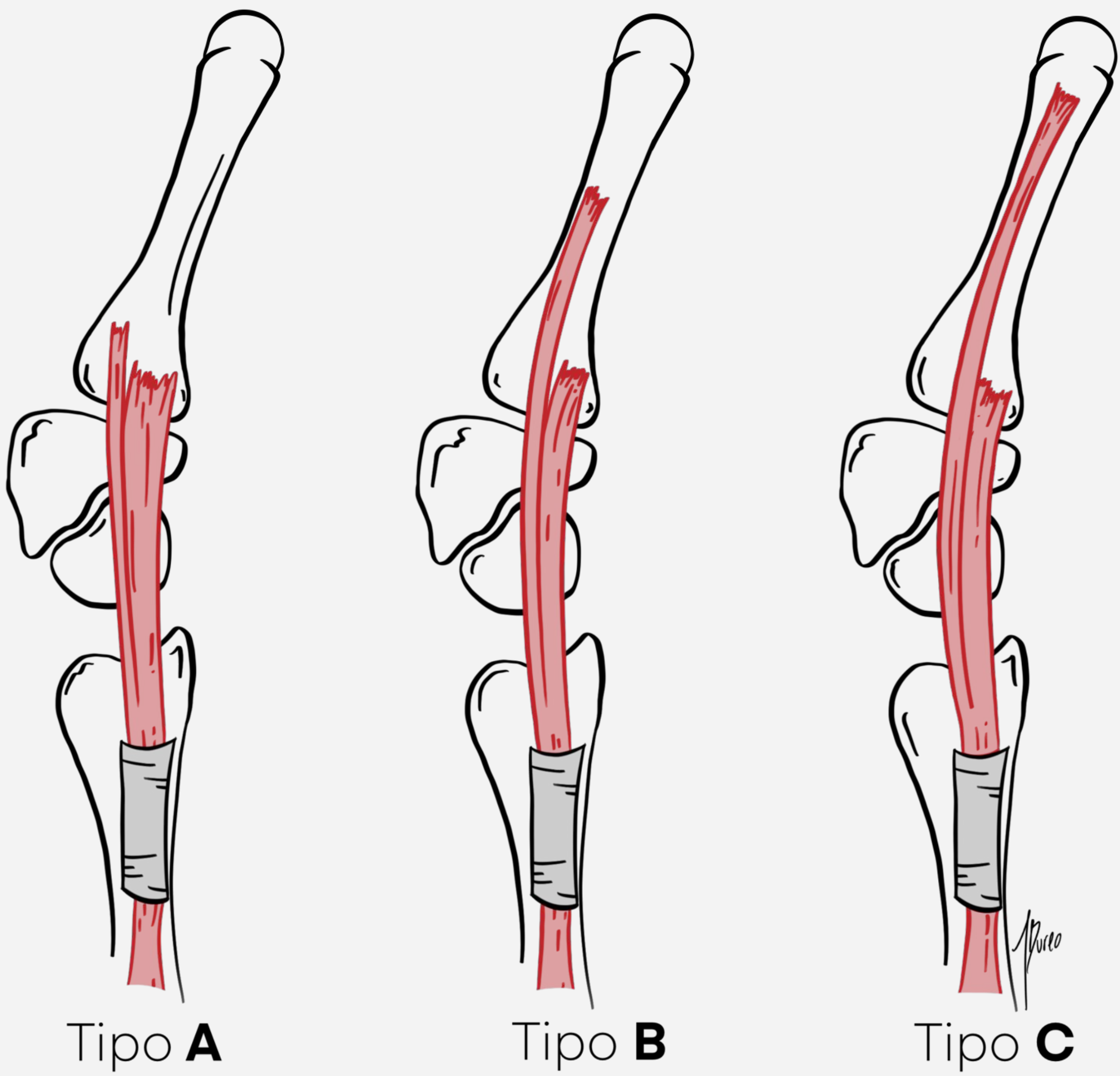
Debe incluirse esta variante anatómica en el diagnóstico diferencial de dolor en borde cubital de la muñeca, pues un error diagnóstico puede desencadenar en la persistencia de la clínica.

Resultados

A la semana tras la intervención, el paciente comienza el programa de rehabilitación. En seguimiento por parte de la unidad de la mano a la espera de evolución.

Conflicto de interés

No.



Clasificación de **Nakashima**

