

Sinostosis radiocubital tras tratamiento quirúrgico de una fractura diafisaria de antebrazo: a propósito de un caso.

PABLO FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS MÍNGUEZ, MIGUEL DIAZ MARTÍNEZ DE MORENTIN, ALBERTO DEL OLMO GALEANO, SERGIO MARCOS AGUILAR, JOSE CORDERO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

INTRODUCCION

La sinostosis radiocubital (SRC) es la unión entre los 2 huesos con pérdida de la pronosupinación. Ocurre en un 2% de las fracturas del antebrazo del adulto.

Los factores de riesgo incluyen: abordaje único para la fijación quirúrgica de ambos huesos, emplazamiento incorrecto del injerto óseo, fracturas próximas o que afectan al codo, TCE asociado, mecanismo de alta energía o inmovilización prolongada.

En función de la localización anatómica, Vince y Miller establecen distintos tipos: Tipo I (tercio intraarticular distal), tipo II (porción no articular del tercio distal y medio, es el más frecuente), tipo III (tercio proximal).

OBJETIVO

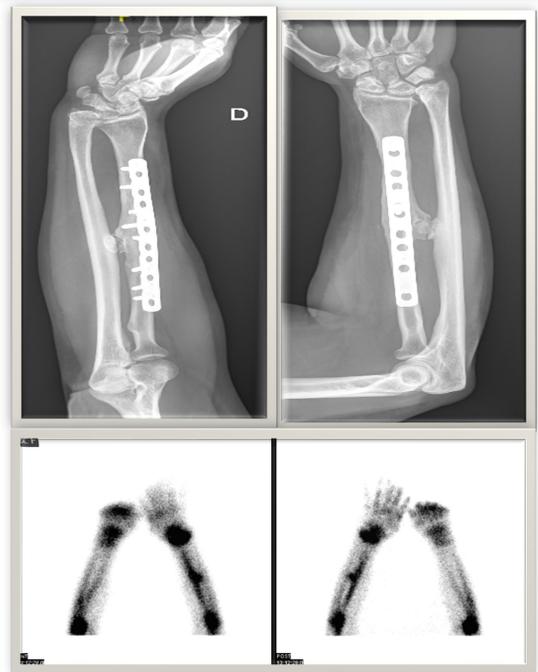
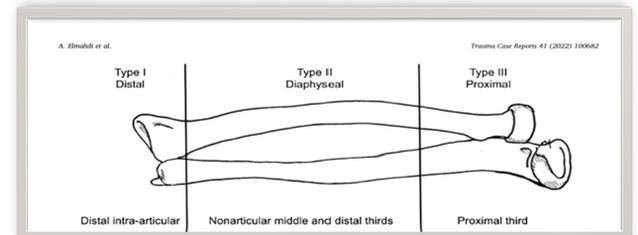
Presentación de un caso clínico de SRC tras cirugía en una fractura diafisaria de antebrazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años, con antecedentes de asma y sobrepeso. Acude a consulta por molestias a nivel de antebrazo derecho tras intervención de una fractura diafisaria de radio hace 3 años. Se realizó osteosíntesis con placa y tornillos.

En el postoperatorio, desarrolló intenso dolor con limitación completa para la supinación (0º) y parcial para la pronación (30º), conservando movilidad completa del codo y carpo.

La radiografía demostró consolidación, pero pérdida de la curva fisiológica y acortamiento del radio de 9 mm, artrosis radiocarpiana y SRC a nivel de la antigua fractura. Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide realizar intervención quirúrgica



RESULTADOS

Se utiliza un abordaje posterior de Thompson sobre incisión quirúrgica previa, aislando el nervio interóseo posterior, para retirar el material de osteosíntesis, reseca la SRC con irrigación abundante para retirar los detritus óseos e insertar injerto de grasa subcutánea entre el radio y el cúbito. Además, se aplica la técnica de Darrach, osteotomía del cúbito distal. Se logra un rango completo de movimiento intraoperatoriamente. Se pautó indometacina durante 3 semanas y fisioterapia a corto plazo.

Se revisa en consulta durante un año y logra un ROM de la muñeca con pronosupinación completa y sin asociar pérdida de fuerza (escala Daniels 4/5). Las radiografías fueron satisfactorias



CONCLUSIONES

- Es de gran importancia una **buena técnica quirúrgica inicial** para prevenir dicha complicación.
- Un tratamiento quirúrgico como resolución de la misma, no nos asegura obtener un buen resultado.

BIBLIOGRAFÍA

- Elmahdi A, Elsayed H, Paniker J. Rare complication of open reduction and internal fixation of fracture distal radius: A case report of distal radioulnar synostosis. Trauma Case Rep. 2022 Aug 1;41:100682. doi: 10.1016/j.tcr.2022.100682. PMID: 35942320; PMCID: PMC9356145.
- Osterman AL, Arief MS. Optimal management of post-traumatic radioulnar synostosis. Orthop Res Rev. 2017 Dec 5;9:101-106. doi: 10.2147/ORR.S109483. PMID: 30774482; PMCID: PMC6209360.
- Bayram S, Turgut N, Şükrü Kendirci A, Akgül T, Durmaz H. Rare Complication of Distal Radius and Ulnar Styloid Fractures with Percutaneous Fixation: A Case Report on Distal Radioulnar Synostosis. JBJS Case Connect. 2020 Jan-Mar;10(1):e0179. doi: 10.2106/JBJS.CC.19.00179. PMID: 32224642.