

Sinostosis radiocubital congénita

J. J. ZWART MILEGO

RESUMEN

El autor describe un caso de Sinostosis radiocubital congénita bilateral, aportando los criterios actuales sobre esta deformidad.

Descriptores: Sinostosis radiocubital.

SUMMARY

A new case of Congenital Bilateral Radio-Ulnar Synostosis is reported. General study of the deformation.

Key words: Radio-Ulnar Synostosis.

Sinostosis congénita

1. *Resumen:* Estudio de la sinostosis radiocubital congénita, con presentación de un caso bilateral.

2. *Sinonimia:* Deformidad de Lennoire. Pronación congénita.

3. *Descriptores:* Sinostosis radiocubital congénita.

4. *Etiología:* Es una malformación congénita rara debida a la sinostosis entre cúbito y radio en su tercio proximal. Comúnmente es bilateral con simetría en distinto grado. Es más frecuente en hombres y puede tener características hereditarias.

4.1 *Patogenia:* El radio se encuentra soldado en posición de pronación, para explicarlo se han invocado teorías de alteración del desarrollo, alteraciones neurológicas y alteraciones inflamatorias. Se desconoce la causa desencadenante, viniendo dificultado por su carácter simétrico en más de la mitad de los casos.

Cúbito y radio se encuentran unidos con variación individual en el grado de sinostosis en su parte proximal. Se describen dos modelos en líneas generales, uno con unión íntima y completa no se distingue la cabeza

radial, otro donde la unión es más limitada y la cabeza del radio se aprecia deformada o luxada. La articulación distal puede estar también alterada. Coexiste en muchas ocasiones con otras alteraciones congénitas como radio o cúbito curvo, alteraciones mano, sindactilias, alteraciones del húmero en la articulación del codo o alteraciones de la musculatura del antebrazo en cuanto a aplasia del grupo supinador o pronador. Así mismo se describen alteraciones a distancia como aplasia del trapecio, deltoides, esternocleidomastoideo o pectoral mayor.

La soldadura de cúbito y radio es normal en algunos animales, por ejemplo los óvidos (figura 1).



FIG. 1.—Especimen de óvido para comprobar la sinostosis radiocubital.



FIG. 2.- Posición anteroposterior.

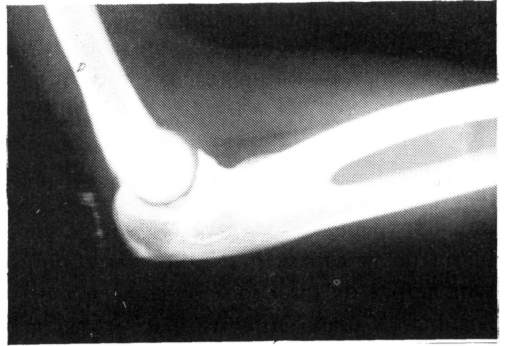


FIG. 3.- Posición de perfil, lado derecho.



FIG. 4.- Posición de perfil, lado izquierdo.

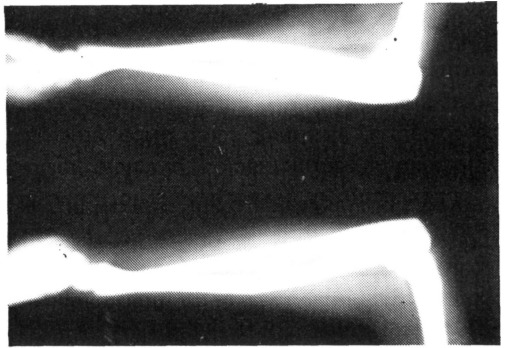


FIG. 5.- Posición de perfil, bilateral para observar incurvación del radio.

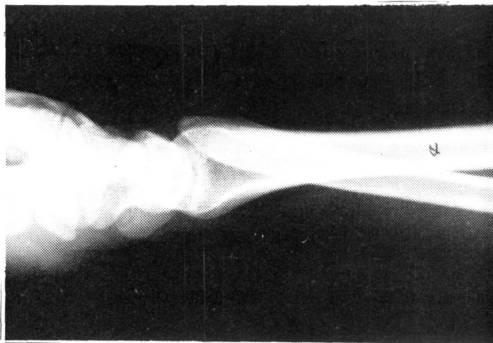


FIG. 6.- Articulación distal cúbito y radio, para observar luxación posterior epífisis cubital. Lado derecho.

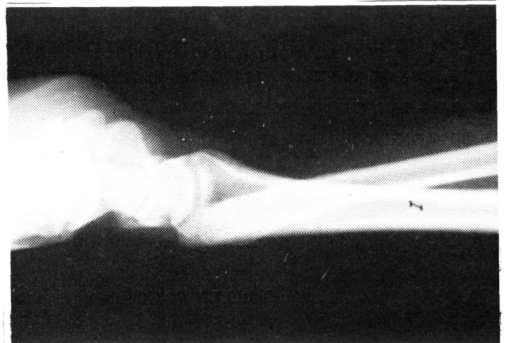


FIG. 7.- Id. figura 6, lado izquierdo.

5. *Clinica:* Son defectos que muchas veces no se descubren hasta que el niño tiene 3 ó 4 años de edad y la madre observa que no puede supinar la mano. El antebrazo se encuentra en pronación variable según la posición de la sinostosis. No existen movimientos de supinación de la mano, pero no acarrea una dificultad funcional importante debido a que la persona realiza movimientos compensadores con la articulación escapulo humeral, especialmente rotación externa y aducción, produciéndose incluso un aumento de los movimientos normales. En los casos bilaterales y en grado de pronación máximo, el enfermo en posición de firmes tiene las palmas de las manos orientadas hacia atrás.

5.1 *Radiología:* En la posición anteroposterior se aprecian cúbito y radio cruzados (figura 2). En el perfil es donde mejor se

observa la unión íntima de ambos huesos con paso de trabéculas óseas (figuras 3 y 4). La diáfisis radial en relación a la del cúbito es mucho más gruesa y a veces incurvada (figura 5). La articulación distal puede estar alterada, especialmente a nivel de la epífisis del cúbito muy adelgazada o luxada dorsalmente a causa de la curvatura anormal del radio (figuras 6 y 7).

5.2 *Diagnóstico:* Clínicamente en los casos importantes es sencillo y la radiología es definitiva. Sin embargo, puede haber dudas con la desviación en valgo del cuello radial o la hipertrofia de la tuberosidad bicipital, ya sean de tipo congénito o traumático, que impiden la supinación.

6. *Tratamiento:* En gran número de casos los enfermos no tienen dificultades importantes que les incapaciten para el desarrollo de su vida normal y no es necesaria

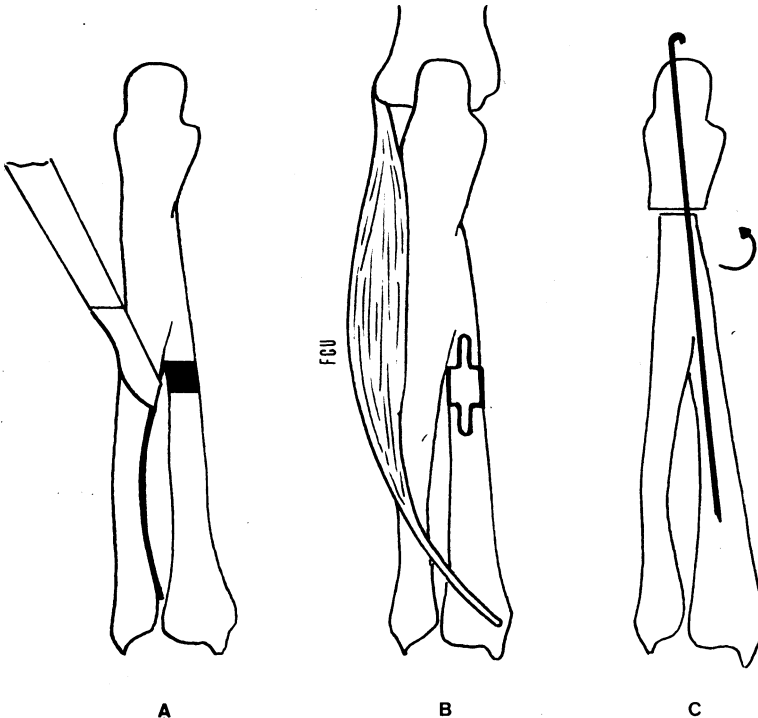


FIG. 8.— Técnicas quirúrgicas.

la intervención, que por otro lado puede no dar resultados satisfactorios debido a que la retracción de partes blandas no permite los movimientos de supinación, a que la musculatura sea atrófica o a que vuelven a producirse osificaciones que reproducen la sinostosis.

La extirpación directa de la parte anquilosada no es suficiente y hay que intervenir sobre las partes fibrosadas, recomendándose la sección de la membrana interósea a lo largo del cúbito (figura 8, A).

En la operación de PALAGI se reseca un centímetro del radio bajo la sinostosis y se trasplanta el tendón del músculo cubital posterior trasladando su inserción al radio e inserción del supinador largo. Otros trasplantan el primer radial externo a la cara anterior de la muñeca.

KELIKIAN operando sinostosis traumáticas, realiza la resección de un fragmento del radio bajo la unión ósea, e interpone un cilindro de acero a modo de cojinete, entre ambos fragmentos. Completándolo con el trasplante del palmar mayor o del cubital anterior para completar la acción supinadora (figura 8, B).

Con el fin de obtener movimientos de pronosupinación es mejor no intervenir, pues los resultados pueden ser desalentadores, siendo a veces necesarias varias operaciones. Si la pronación incapacita es preferible realizar una osteotomía desrotadora, que unida al aumento de movilidad que suele existir en el hombro, es suficiente para el uso normal de la mano. (Figura 8, C).

Caso clínico

Varón, de 24 años, constitución asténica y aparentemente sano y con desarrollo normal. El defecto es bilateral, con igual grado de simetría, permaneciendo los antebrazos en pronación total. La movilidad de codos y carpos es normal. Buena musculatura de antebrazos. Fue descubierto cuando tenía 4 meses de edad, al ver los padres que no supinaba las manos. Dada la edad y la poca limitación que le ocasiona pues compensa con amplios movimientos de hombros, no se insiste demasiado en un tratamiento quirúrgico. El enfermo juega a tenis y escribe correctamente a máquina. Todas las radiografías que se incluyen pertenecen a este caso.

BIBLIOGRAFIA

- BRANA, A. y MONTES, S. (1980): Sinostosis radio-cubital congénita. *Rev. Esp. de Cir. Ost.*, 15, 33-45.
- Cirugía Ortopédica de Campbell. (1975):* Vol. II. Ed. Inter-Médica. 5.ª edición. Buenos Aires.
- COHN, B. N. E. (1932): Congenital Bilateral Radio-Ulnar Synostosis. *J. Bone Joint Surg.* 14, 404-405.
- ENTIN, M. A. (1959): Reconstruction of Congenital Abnormalities of the Upper Extremities. *J. Bone Joint Surg.*, 41-A, 681-701.
- FAHLSTROM, S. (1932): Radio-Ulnar Synostosis. Historical Review and Case Report. *J. Bone Joint Surg.*, 14, 395.
- KELIKIAN, H. (1957): Swivel for Proximal Radio-Ulnar Synostosis. *J. Bone Joint Surg.*, 39-A, 945-952.
- LANGE, M. (1968): *Cirugía Ortopédica.* Ed. Labor. 1.ª edición. Barcelona.
- PIULACH, P. (1970): *Lecciones de Patología Quirúrgica.* Afecciones de las extremidades congénitas y adquiridas. Ed. Toray. Reimpresión 2.ª edición. Barcelona.