

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL PRÍNCIPES DE ESPAÑA

L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, BARCELONA

Jefe: Prof. J. R. CABOT (†)

Servicio del Aparato Locomotor

Luxación congénita de la cabeza radial

H. FERRER, A. FERNÁNDEZ SABATÉ, R. VILA y J. TUR

RESUMEN

La relativa rareza de trabajos sobre la luxación congénita de la cabeza radial y la oportunidad de estudiar un caso nos animaron a describir nuestro caso y revisar la bibliografía correspondiente. La luxación congénita de la cabeza radial puede presentarse aislada o asociada a otras anomalías congénitas.

La existencia de unos criterios radiológicos precisos y su carácter familiar descrito por varios autores permiten distinguirla de la luxación traumática.

El tratamiento de elección es la resección de la cabeza radial una vez finalizado el crecimiento.

Descriptores: Dislocación de la cabeza de radio.

SUMMARY

A case of congenital dislocation of the head of the radius is reported. Removing of the head of the radius was the advised treatment.

Key words: Dislocation of the head of the radius.

Introducción

La relativa rareza de trabajo respecto a la luxación congénita de la cabeza radial y el haber vivido recientemente un caso nos ha estimulado a *describirlo* y revisar la bibliografía correspondiente.

En 1830 DUPUYTREN en el cadáver *describe* una luxación de la cabeza radial.

En 1854 CHASSAIGNAC (5) afirma el carácter congénito de la lesión al describir dos niños que sufren una luxación anterior bilateral y simétrica de las cabezas radiales.

ALMQUIST (3) en 1959 publica 18 casos vistos a lo largo de siete años con una fre-

cuencia de 0'2 por 100 de los pacientes ingresados en su servicio.

En 1977 SOUTHMAYD (13) describe 3 casos de subluxación idiopática de la cabeza radial como una entidad diferente de la luxación congénita.

Caso clínico

Varón de 17 años que acude a nuestro servicio por presentar una deformidad del codo derecho cuya movilidad está disminuida. El paciente no refiere dolor. A la exploración clínica se observa una tumoración en cara posteroexterna del codo que se hace más ostensible con el codo en flexión de 60° a 80°. A la palpación se observa un vacío en la zona

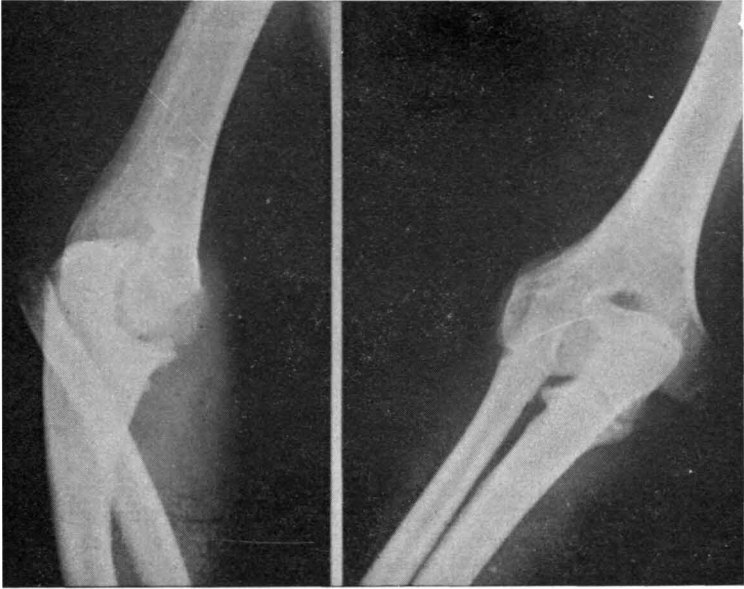


FIG. 1.—Radiografía lateral y anteroposterior en la que se observa la luxación posterior de la extremidad superior del radio.

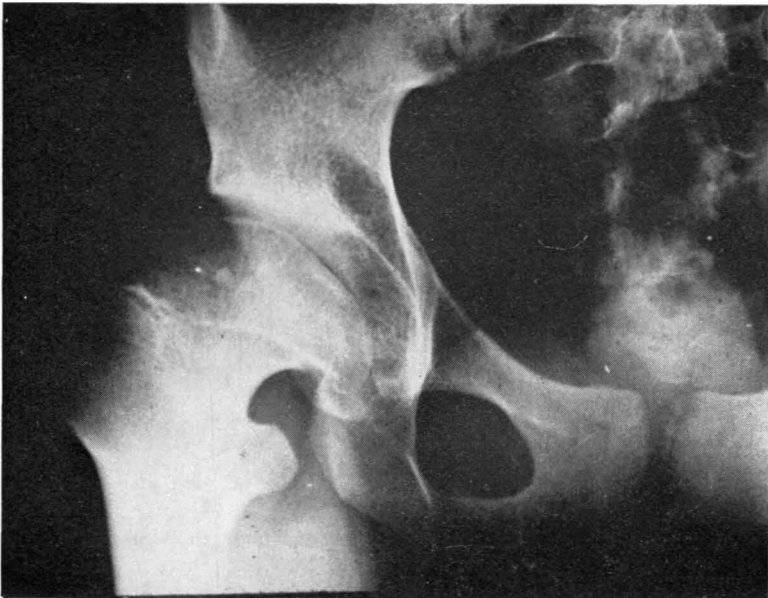


FIG. 2.—Radiografía anteroposterior de cadera en la que se observa una *coxa magna* con insuficiencia cotiloidea.

correspondiente a la cabeza radial. La flexión del codo es de 20°-90° y la pronosupinación de 40°-0°-50°. El resto de la exploración clínica es normal salvo una ligera cojera de la cadera izquierda cuya movilidad está conservada.

Las radiografías del codo (fig. 1) muestran una cabeza radial sin cúpula con una malformación del cuello. La longitud del radio es mucho mayor que la del cúbito y la cabeza radial está luxada en posición posterior, habiendo perdido su relación normal con el cóndilo humeral.

La radiografía de las caderas (fig. 2) demuestra la existencia de una displasia de la cadera derecha. No encontramos alteraciones de la columna vertebral ni del resto de las epífisis en el estudio radiográfico efectuado.

La ausencia de una historia anterior de traumatismo y la no existencia de anomalías óseas asociables a la luxación de la cabeza radial nos permite hacer el diagnóstico de *luxación congénita de la cabeza radial*.

En razón de la dificultad en el movimiento del codo y de la existencia de una tumoración efectuamos una resección de la cabeza radial (fig. 3) a través de una vía lateral externa observando que la cabeza radial no presentaba el aspecto en cúpula que tiene normalmente (fig. 4) y la existencia de un cuello ensanchado. Encontramos un ligamento anular bien individualizado pero atrófico.

La movilización precoz del codo nos permitió mejorar el arco móvil de la articulación con una flexión de 10°-130° y una pronosupinación de 70°-0-60°.

Discusión

Anatomía patológica: Lo más frecuente es que la luxación congénita de la cabeza radial sea aislada. La luxación puede ser anterior, posterior o lateral. Sobre 65 casos BERNARD (4) encuentra 30 posteriores, 25 anteriores y 10 bilaterales. En 72 casos ALMQUIST (3) ha observado 47 por 100 de luxación anterior, 43 por 100 de posterior y 10 por 100 de bilateral.

La luxación bilateral es frecuente: 53 por 100 para BERNARD y 40 por 100 para ALMQUIST.

Sintomatología: Como en nuestro caso la indolencia absoluta es la regla. Los pacientes acuden a las consultas para mejorar la movilidad del codo, por bloqueos de la movilidad o por problemas de estética.

La variedad anterior se manifiesta clínicamente por bloqueos, la posterior por un déficit de la extensión del codo y las laterales son las menos invalidantes.

Diagnóstico radiológico: MC FARLAND (8) (1936-1950) definió los criterios radiológicos para diferenciar una luxación congénita de una luxación traumática inveterada; las características radiológicas de una luxación congénita de la cabeza radial son:

1. Un radio «demasiado largo» respecto a cúbito.
2. Anomalía morfológica de la cabeza radial con un aspecto delgado, en bóveda, desapareciendo la forma habitual de cúpula (que persiste en la forma traumática).



FIG. 3. — Radiografía postoperatoria. Se ha efectuado una extirpación de la cabeza radial luxada.

3. El cuello radial es más largo y acaba con una epífisis estrecha y afilada como un palillo de tambor.

4. Los bordes cubitales son anormales. En la luxación anterior el borde posterior del tercio proximal del cúbito es cóncavo en vez de ser convexo, y el borde anterior es rectilíneo en lugar de ser ligeramente cóncavo. En la luxación posterior el borde del cúbito es exageradamente convexo.

5. La aplasia del cóndilo humeral es frecuente y ha sido considerada por algunos como la verdadera causa de la luxación de la cabeza radial.

Etiología: La no existencia de un traumatismo previo, los criterios radiológicos bien definidos y la no rara asociación con otras anomalías congénitas o su integración en diversos síndromes malformativos, son los argumentos sobre los que se basa la teoría congénita de esta lesión.



FIG. 4. — Pieza operatoria. Se observa un cuello radial ancho que acaba con una epífisis estrecha en forma de palillo de tambor. La epífisis ha perdido la forma de cúpula adoptando una forma de bóveda.

Diferentes autores describen una variedad de condiciones en las cuales se puede encontrar una luxación de la cabeza radial:

Osteocondromatosis

Síndrome de Klinefelter.

Síndrome de Cornelia de Lange.

Retraso mental y enanismo (Jervis Simson, 1963)

Síndrome de Ehrlers Danlos.

Artrogriposis

Displasia epifisaria múltiple

Síndrome uña -rótula.

Síndrome de Nivergelt.

Síndrome de Silver.

Síndrome de Apert.

Cleidocraneal disostosis

En asociación con:

Sinóstosis radiocubital.

Enanismo.

Hemihipertrofia.

Desarrollo sexual anormal y clinodactilia.

En cuanto al carácter familiar:

ABOTT (1) describe 7 casos de luxación de la cabeza radial en una misma familia.

GUILLEMINET (7) y LECLERC han observado una mujer y dos de sus hijas con esta lesión.

SOLKSHOTT (12) describe toda una familia con luxación de la cabeza radial, del tipo posterior.

En nuestro caso no había antecedente alguno de traumatismo y era el primer miembro de la familia que presentaba esta lesión. La inteligencia del paciente y su cariotipo era normal. La estatura de nuestro paciente estaba dentro de la media de nuestro país y no existía anomalía congénita alguna que nos permitiera englobar

su luxación de cabeza radial, en el cuadro anteriormente referido.

Sólo encontramos una displasia de la cadera derecha que radiológicamente (figura 2) recuerda la *coxa magna* de una secuela de Perthes. No encontramos en la radiografía de columna dorsal y lumbar anomalías morfológicas de los cuerpos vertebrales que nos hicieran pensar en una displasia espondilo-epifisaria tardía. El resto de las epífisis eran normales, por lo que descartamos una displasia epifisaria múltiple.

Tratamiento

La indicación quirúrgica está en relación con la disminución de la movilidad del codo. Mc FARLAN no operó más que 5 de sus 11 casos. Como el diagnóstico se efectúa tardíamente, la reducción de la luxación con reconstrucción del ligamento anular entra sólo en el terreno de la hipótesis.

La resección de la cabeza radial al finalizar el crecimiento es el tratamiento de elección, para evitar el *cùbitus valgus* y lesiones de la articulación radiocubital inferior (TAYLOR y O'CONNOR, 14).

Conclusiones

1. La luxación congénita de la cabeza radial es una afectación rara.

2. La luxación congénita de la cabeza radial puede presentarse aislada o asociada a otras anomalías congénitas o integrada dentro de síndromes malformativos.

3. Su origen congénito se basa en su carácter familiar descrito por varios autores y en unos criterios radiológicos precisos que permiten descartar un traumatismo desconocido.

4. El tratamiento de elección es la resección de la cabeza radial, debiendo operar sólo aquellas formas invalidantes y finalizado el período de crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ABBOTT, F. C. (1892): Congenital dislocation of radius. *Lancet*, 1, 800.
- 2 AIMES, HADENGUE, HUTIN (1919): Luxatio congénitale bilaterale de l'extremite supérieure du radius avec synostoses des deux os de l'avant-bras. *Rev. Orthop.*, 6, 69-74.
- 3 ALQUIMIST, E. A., GORDON, L. H., BLUE, A. I. (1959): Congenital dislocation of the head of the radius. *J. Bone Joint Surg.*, 51-A, 1.118-1.127.
- 4 BERNARD, E. (1907): Des luxations congénitales de la tête du radius. *These médecine*. Lille.
- 5 CHASSAIGNAC, E. (1854): Double luxation des deux radius. *Bull. Soc. Chiu Paris*, 5, 400.
- 6 FAIRBANCK, H. A. T., Dysplasia Epiphysealis multiplex (1945) *Proc. R. Soc. Med.*, 39, 400.
- 7 GUILLEMINET, M. y LECLERC, G. (1937): Trois cas de luxation congénitale bilaterale des coudes. *Rev. Orthop.*, 24, 596-605.
- 8 Mc FARLAND, H. A. T. (1936): Congenital dislocation of the head of the radius. *Brit. J. Surg.*, 24, 41-49.
- 9 MINO, R. A.; MINO, V. H.; LIVINGSTONE, R. G. (1948): Osseous dysplasia and dystrophy of the nails. Review of the literature and report of a case. *A. J. Roentgenol*, 60, 633-641.
- 10 PEARLMAN, H. S.; EDKIN, R. E.; WARREN, R. F. (1964): Familial carpal and tarsal synostosis with radial head subluxation. *J. Bone Joint Surg.*, 46-A, 585-592.
- 11 PTACETK, L. J.; OPITIZ, J. M.; SMITH, D. W. (1963): The Cornelia de Lange Syndrom. *J. Pediatr*, 63, 1.000-1.030.
- 12 SOCKSHOTT, W. P. y OMOLULU, A. (1958): Familial Congenital posterior dislocation of both radial heads. *J. Bone Joint Surg.*, 40-B, 483.
- 13 SOUTMAYD, Z. W. (1976): Idiopathic subluxation of the Radial Head. *Clin. Orthop.*, 121, 271.
- 14 TAYLOR, T. K. F. y O'CONNOR, B. J. (1964): The effect upon the inferior radioulnar Joint of exision of the head of the radius in adult. *J. Bone Joint Surg.*, 46-B, 83.

Dr. H. Ferrer Escobar.
Cardenal Reig, 33, 11.º, 1.ª. Barcelona