

Sinostosis Radiocubital Proximal Congénita en Femenino Adulto Joven

Instantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo

Especialista en rehabilitación y catedrático de la Facultad de Medicina de León de la Universidad de Guanajuato

Fecha de recepción del manuscrito: 03/Octubre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 14/Enero/2019

Fecha de publicación: 31/Enero/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3635065

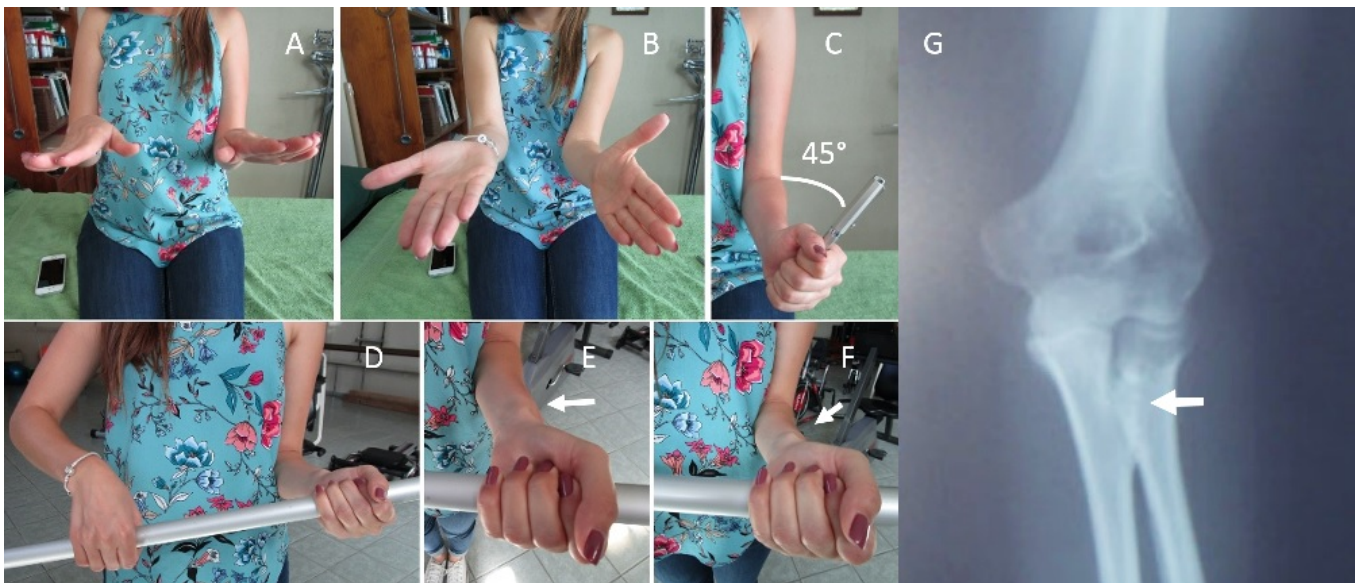


Figura 1: Imágenes fotográficas de la paciente, mujer de 21 años con sinostosis radiocubital proximal congénita.

Femenino de 21 años, sin antecedentes familiares de importancia, acude a Rehabilitación por dolor moderado en hombro izquierdo de 3 meses de evolución originado al participar en equipo de voleibol. A la exploración de miembro superior izquierdo, movilidad completa de hombro, dolor en espacio subacromial a la abducción signo de Yocum y prueba de Jobe positivas: codo con flexo- extensión completa, se observa limitación a 45 de supinación (Figura 1: A, B, C, D)), pronación completa, compensados con aducción y rotación externa de hombro; en la supinación forzada, se presenta rotación externa de articulación radio-carpiana, haciéndose notoria la epífisis distal del radio (Figura 1: E, F. flechas) el examen clínico muscular mostró calificación 5/5 para todos los músculos de extremidad superior izquierda; reflejos osteotendinosos, sensibilidad y llenado capilar normales. Con diagnósticos clínicos de bursitis subdeltoidea asociada a sinostosis radiocubital proximal congénita, se solicitan radiografías de codo confirmando diagnóstico (Figura 1: G flecha). Se explicó el diagnóstico, se realizó infiltración dosis de dexametasona y anestésico local en bursa subdeltoidea, 10 días después se enseñó programa de fortalecimiento de deltoides y se le entrenó en la modificación de recepción de la pelota durante el voleibol. A 3 meses de evolución la paciente se encuentra asintomática, se le explican las posibilidades quirúrgicas, negándose a ello.

La sinostosis radiocubital (SRC) proximal congénita,¹ es infrecuente, su etiopatogenia se explica porque el radio y el cúbito se originan del mismo esbozo de cartílago mesodérmico, siendo la detención del desarrollo de la segmentación longitudinal lo que origina la ausencia de separación proximal; se le reporta con tendencia familiar hereditaria de carácter autosómico dominante con expresividad variable, su incidencia es similar en ambos géneros, en 60% de los casos es bilateral, presentándose aislada o como parte de algún síndrome malformativo. La SRC se clasifica en 2 tipos, el primero es una fusión completa de ambos huesos en distancia variable, siendo la más frecuente a nivel de la tuberosidad bicipital del radio; el segundo tipo es una fusión parcial que se asocia a luxación de la cabeza radial. En general el diagnóstico generalmente se realiza en forma tardía, ya que los movimientos faltantes de supinación pueden ser suplidos por movimientos de hombro. En cuanto al tratamiento quirúrgico sólo está indicado ante deformidad importante y limitación funcional severa. Se reportan buenos resultados con varias técnicas quirúrgicas como: osteotomía rotacional aislada del radio,² osteotomías a dos niveles,³ y exéresis de la sinostosis con interposición de colgajo interóseo vascularizado.⁴

REFERENCIAS

- [1] Caré W, Demeures T, Combiet J, Verdonk C, et al. Congenital radioulnar synostosis. *Radiology Case Reports* 2017; 12: 552-554.
- [2] Satake H, Kanauchi Y, Kasiwam H, Shigaki D, et al. Long-term results after simple rotational osteotomy of the radius shaft for congenital radioulnar synostosis *J Shoulder Elbow Surg* 2018;27: 1373-1379.
- [3] Bishay SN. Minimally invasive single-session double-level rotational osteotomy of the forearm bones to correct fixed

pronation deformity in congenital proximal radioulnar synostosis. *J Child Orthop*. 2016; 10:295-300.

- [4] Wigton M, Friend M, Li Z. Circumferential Adipofascial Graft for Prevention of Recurrence of Posttraumatic Radioulnar Synostosis. *JHS* 2017; 42: 1039.e1-1039.e6.