

Impotencia funcional para la supinación del antebrazo

García Cañas R.^{1a}, Aedo Martín D.^{2b}, Tamburri de Barián R.^{3b}, Martínez Roldán M.^{3a}, Baños Turza R.^{2b}

Sanid. mil. 2015; 71 (4): 267-268; ISSN: 1887-8571

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 24 años sin alergias conocidas y sin antecedentes personales de interés. Valorada en consultas de Traumatología por dolor en hombro izquierdo de más de dos años de evolución. En su profesión realiza esfuerzos de repetición y no refería limitación funcional para las actividades de la vida diaria con el miembro superior izquierdo.

En la exploración física destacaba dolor en espacio subacromial, con movilidad completa de hombro, signo de Yocum positivo y test de Jobe positivo. Además, el antebrazo izquierdo presentaba un bloqueo en pronación de unos 50° (Figura 1), con una limitación de los movimientos de pronación y supinación, que se compensaban con la movilización del hombro, y una flexoextensión completa de codo.

El estudio radiográfico del codo mostró las siguientes imágenes (Figura 2). En el resto de articulaciones no se apreciaron deformidades óseas, y el resto de exploración por aparatos fue normal.



Figura 1.

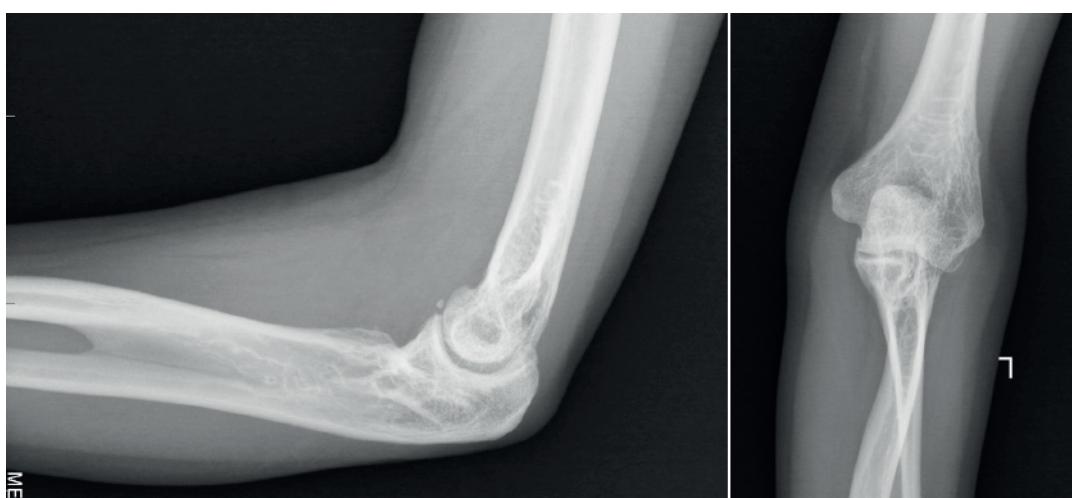


Figura 2.

¹ Tte. Médico.

² Médico Interno Residente.

³ Cte. Médico.

^a Escuela Militar de Sanidad (EMISAN). Madrid. España.

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Rafael García Cañas. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército 1. 28047 Madrid. España. rgarc18@oc.mde.es

Recibido: 9 de febrero de 2015

Aceptado: 25 de mayo de 2015

Diagnóstico: sinostosis radiocubital proximal congénita “enfermedad de lennoire”

DISCUSIÓN

La sinostosis radiocubital proximal congénita, también conocida como “enfermedad de Lennoire”¹, es una rara entidad cuya etiopatogenia es aún muy discutida pero a la cual se atribuye una tendencia familiar hereditaria de carácter autosómico dominante², y distintos grados de expresividad. El radio y el cúbito se originan de esbozos de cartílago, derivados del mismo cartílago mesodérmico. La detención del desarrollo de la segmentación longitudinal provoca un fallo de separación de la parte proximal de estos esbozos cartilaginosos.

La incidencia es similar en varones y mujeres³, hasta en el 60% de los casos es bilateral y puede formar parte de algún síndrome malformativo^{4,5}.

Según Wilkie, se clasifican en dos tipos: el tipo 1 es una fusión completa del radio y del cúbito en una distancia variable, y el tipo 2 es una fusión parcial, que asocia una luxación de la cabeza del radio⁶.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por una actitud fija de pronación de 30°-40° del antebrazo afectado.

El diagnóstico suele realizarse tardíamente ya que la sintomatología puede pasar desapercibida en el niño pequeño, que suple la pronosupinación con otros movimientos del codo y del hombro⁴.

El tratamiento debe ser siempre individualizado. Hoy en día, existe acuerdo generalizado en que el tratamiento quirúrgico no debe realizarse si el paciente presenta una deformidad media o ausencia de alteración funcional importante⁵.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando una grave deformidad en pronación (<60°) ocasiona graves déficits funcionales.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es conseguir que los antebrazos adquieran una posición más funcional para la vida del paciente. Se han publicado buenos resultados con la osteotomía desrotacional aislada del radio^{7,9}; la osteotomía a dos niveles (cúbito y radio)^{10,11}; y el uso complementario de fijadores externos¹².

Así mismo, la exéresis de la lesión junto con la interposición de colgajo interóseo vascularizado es una técnica válida y con una baja tasa de recurrencias^{13,14}.

En el caso presentado, se decidió iniciar tratamiento conservador (cinesiterapia y AINEs), ya que la malformación no era totalmente invalidante y la paciente había desarrollado movimientos con el hombro que compensaban sus déficits y la práctica totalidad de sus actividades cotidianas.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y continuó con el desempeño de sus actividades habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zwart Milego JJ. Sinostosis radiocubital congénita. *Rev Esp de Cir Ost.* 1983;18: 241-4.
2. Rizzo R, Pavone V, Corsello G, Sorge G, Neri G, Opitz JM. Autosomal dominant and sporadic radio-ulnar synostosis. *Am J Med Genet* 1997; 68: 127-134.
3. Tachdjian MO. Congenital deformities. *Pediatric Orthopedics*, 2.^a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990; 180-183.
4. Kasten P, Rettig O, Loew M, Wolf S, Raiss P. Three-dimensional motion analysis of compensatory movements in patients with radio-ulnar synostosis performing activities of daily living. *J Orthop Sci.* 2009; 14: 307-12.
5. Cleary JE, Omer GE Jr. Congenital proximal radio-ulnar synostosis. Natural history and functional assessment. *J Bone Joint Surg Am* 1985 Apr; 67(4):539-45.
6. Wilkie DPD. Congenital radio-ulnar synostosis. *Br J Surg.* 1914; 1: 366.
7. Horii E, Koh S, Hattori T, Otsuka J. Single osteotomy at the radial diaphysis for congenital radio-ulnar synostosis. *J Hand Surg Am.* 2014 Aug;39(8):1553-7.
8. Shingade VU, Shingade RV, Ughade SN. Results of single-staged rotational osteotomy in a child with congenital proximal radio-ulnar synostosis: subjective and objective evaluation. *J Pediatr Orthop.* 2014 Jan;34(1):63-9.
9. Ezaki M, Oishi SN. Technique of forearm osteotomy for pediatric problems. *J Hand Surg Am.* 2012 Nov;37(11):2400-3.
10. Hung NN. Derotational osteotomy of the proximal radius and the distal ulna for congenital radio-ulnar synostosis. *J Child Orthop.* 2008 Dec;2(6):481-9.
11. El-Adl W. Two-stage double-level rotational osteotomy in the treatment of congenital radio-ulnar synostosis. *Acta Orthop Belg.* 2007 Dec;73(6):704-9.
12. Rubin G, Rozen N, Bor N. Gradual correction of congenital radio-ulnar synostosis by an osteotomy and Ilizarov external fixation. *J Hand Surg Am.* 2013 Mar;38(3):447-52.
13. Chen CL, Kao HK, Chen CC, Chen HC. Long-term follow-up of microvascular free tissue transfer for mobilization of congenital radio-ulnar synostosis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Dec;65(12):e363-5.
14. Kao HK, Chen HC, Chen HT. Congenital radio-ulnar synostosis treated using a microvascular free fascio-fat flap. *Chang Gung Med J.* 2005 Feb;28(2):117-22.