

# SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y TRATAMIENTO EN NUESTRO CENTRO.

HCUVA  
Cirugía Ortopédica y  
Traumatología



Fernando López-Navarro Morillo, Juan Fernando Navarro Blaya, Carlos Navío Serrano, Irene Negrié Morales, Antonio Ondoño Navarro, César Salcedo Cánovas.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

## Introducción y objetivo

**Introducción:** La sinostosis radiocubital proximal puede ser debida a una malformación congénita o como secuela de un traumatismo previo (menos frecuente). Suele ser asintomática, ya que no ocasiona dolor, sino que se diagnostica debido a la impotencia funcional que ocasiona. El tratamiento definitivo suele ser quirúrgico.

Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica de la sinostosis radiocubital proximal (RCP) y exponer la osteotomía desrotadora asociada a fijación externa circular como una alternativa válida.

## Material y métodos

Presentamos el caso de un paciente de 8 años derivado a nuestra consulta por el pediatra, ya que su maestra refiere que hace posturas raras para realizar ciertas actividades. Tras una correcta exploración física, observamos un déficit a la supinación bilateral. Para confirmar nuestro diagnóstico completamos el estudio con pruebas de imagen, en este caso, unas radiografías.

Con el diagnóstico de sinostosis RCP bilateral, estudiamos el caso y planificamos la cirugía, realizando una osteotomía desrotadora de radio y cúbito asociada a una estabilización con un sistema de fijación externa circular, colocando una supinación de 20°. Tras un seguimiento sin incidencias, se retiró la fijación alcanzando una funcionalidad y balance articular satisfactorios.

## Resultados y discusión

La sinostosis radiocubital proximal suele aparecer como una alteración congénita. Los casos congénitos presentan una herencia dominante, con expresividad variable. La clasificación más usada es la de Clearly y Omer, que las divide según la existencia de puentes óseos y la posición de la cabeza radial.

Más del 50% de las veces es bilateral, y en ocasiones se asocian a otras malformaciones como ausencia del pulgar o sindactilias, o síndromes completos como el síndrome alcohólico fetal o síndrome de Klinefelter. Existen tres tipos de malformaciones: tipo I (verdadera malformación congénita, con una unión completa, sin hueso cortical entre el hueso y el radio), II (con luxación posterior de la cabeza radial asociada) y III (no es una sinostosis verdadera).

Suele ser asintomática en niños pequeños y muchas veces se diagnostica tras la observación de los padres y profesores de actividades anormales en el niño. Además, los pacientes suelen compensar el déficit de movilidad del antebrazo con hipermovilidad de la muñeca y la articulación escapulohumeral.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la desviación en valgo del cuello radial o la hipertrofia de la tuberosidad bicipital, ambas impiden la supinación.

El tratamiento inicial es conservador, ya que en la mayoría de pacientes no supone una limitación importante. El tratamiento quirúrgico se plantea en casos que ocasionen déficit funcional importante, con una pronación por encima de 60°. Las alternativas quirúrgicas pueden ser escisión de la sinostosis con interposición de un injerto adiposo vascularizado, o bien la osteotomía desrotadora.

## Conclusión

La sinostosis radiocubital proximal es una alteración relativamente frecuente que no ocasiona una incapacidad funcional importante. Puede ser debida a un traumatismo, aunque es más frecuente como alteración congénita. Su diagnóstico es clínico, con problemas cuando el niño empieza a usar ese brazo, y se confirma con estudio radiológico.

Su tratamiento inicial puede ser conservador. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la osteotomía desrotadora asociada a estabilización con fijación externa es una alternativa útil y con escaso índice de complicaciones y recidiva.

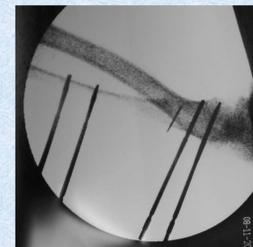
## Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

## Imágenes radiográficas



## Imágenes intraoperatorias



## Resultados



## Bibliografía:

1. Rubin G, Rozen N, Bor N. Gradual Correction of Congenital Radioulnar Synostosis by an Osteotomy and Ilizarov External Fixation. J Hand Surg. marzo de 2013;38(3):447-52.
2. Tsai J. Congenital radioulnar synostosis. Radiol Case Rep. 13 de abril de 2017;12(3):552-4.
3. Martínez-Martínez F, Moreno-Fernández JM, García-López A, Izquierdo-Santiago V, Illán-Franco S. Tratamiento de la sinostosis radiocubital proximal mediante la interposición de colgajo interóseo posterior de flujo anterógrado. Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol. marzo de 2014;58(2):120-4.
4. Seitz WH, Gordon TL, Konsens RM. Pediatric update #11. Congenital radioulnar synostosis. A new technique for derotational osteotomy. Orthop Rev. febrero de 1990;19(2):192-6.

