

CASO DEL MES DE OCTUBRE 2015

Autor

Dr. Moisés Fernández Hernando

Institución

DMC Diagnóstico Médico Cantabria, Santander

Historia Clínica

Varón de 15 años que sufre caída desde bipedestación y desarrolla un clic audible agudo en la región anterior del codo derecho y un déficit completo agudo de la extensión.

Previamente padecía limitaciones leves de la movilidad del codo y dificultad para escribir y dibujar.

El paciente no reporta historia previa de dolor, rigidez o disminución de los movimientos de rotación del codo antes de la caída.

La historia familiar es negativa.

La exploración clínica demuestra un discreto valgo del codo así como pérdida de la movilidad rotacional pasiva (pronación y supinación).

No se observan trastornos sensitivos ni alteración de la vascularización.

Imágenes



Figura 1: Radiografía lateral del antebrazo en pronación neutra.

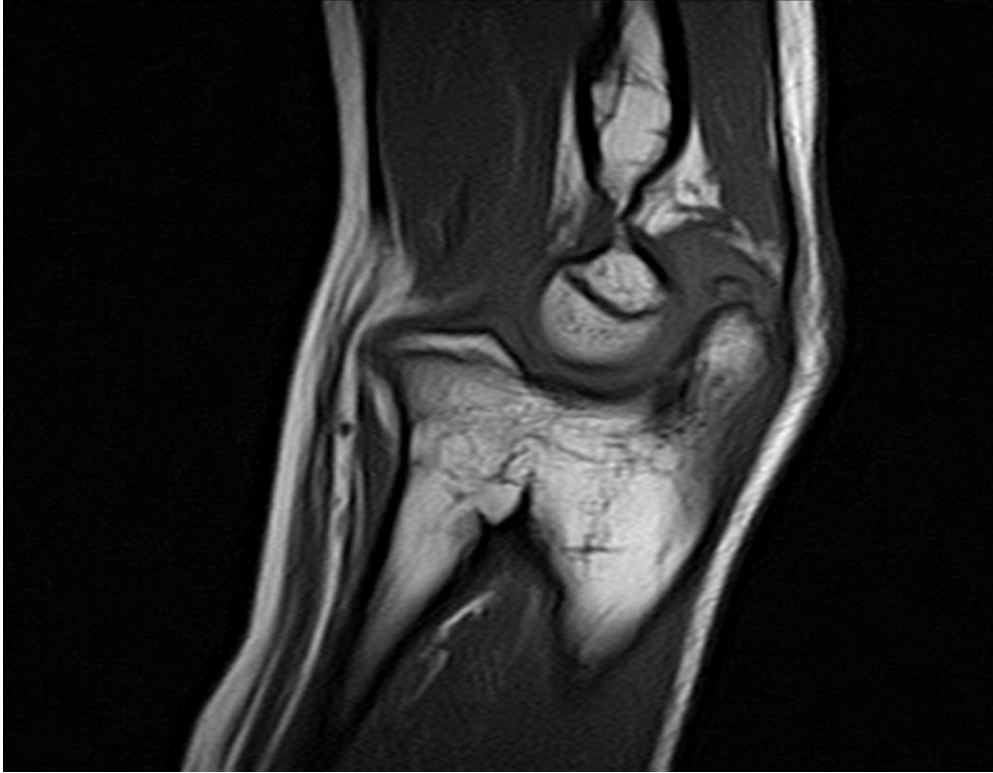


Figura 2: Resonancia del codo. Plano coronal puro FSE potenciado en T1.

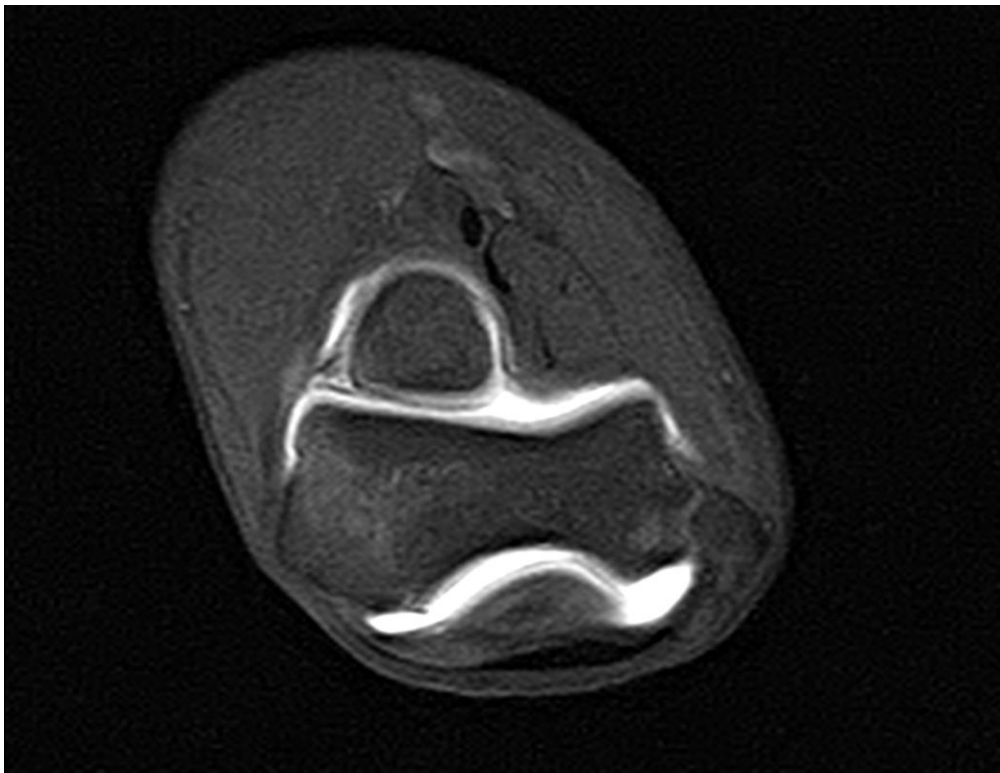


Figura 3: Artro-resonancia directa del codo. Plano axial puro T1 Fat Sat..

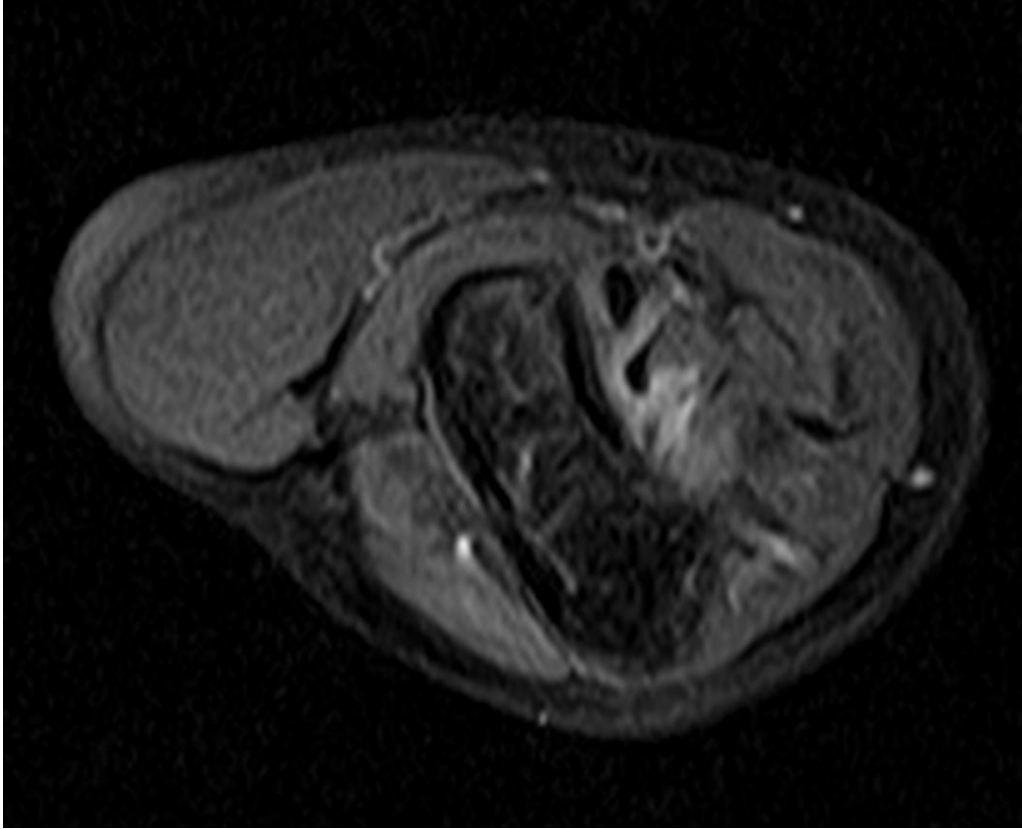


Figura 4: Resonancia de codo. Plano DP Fat Sat axial puro.

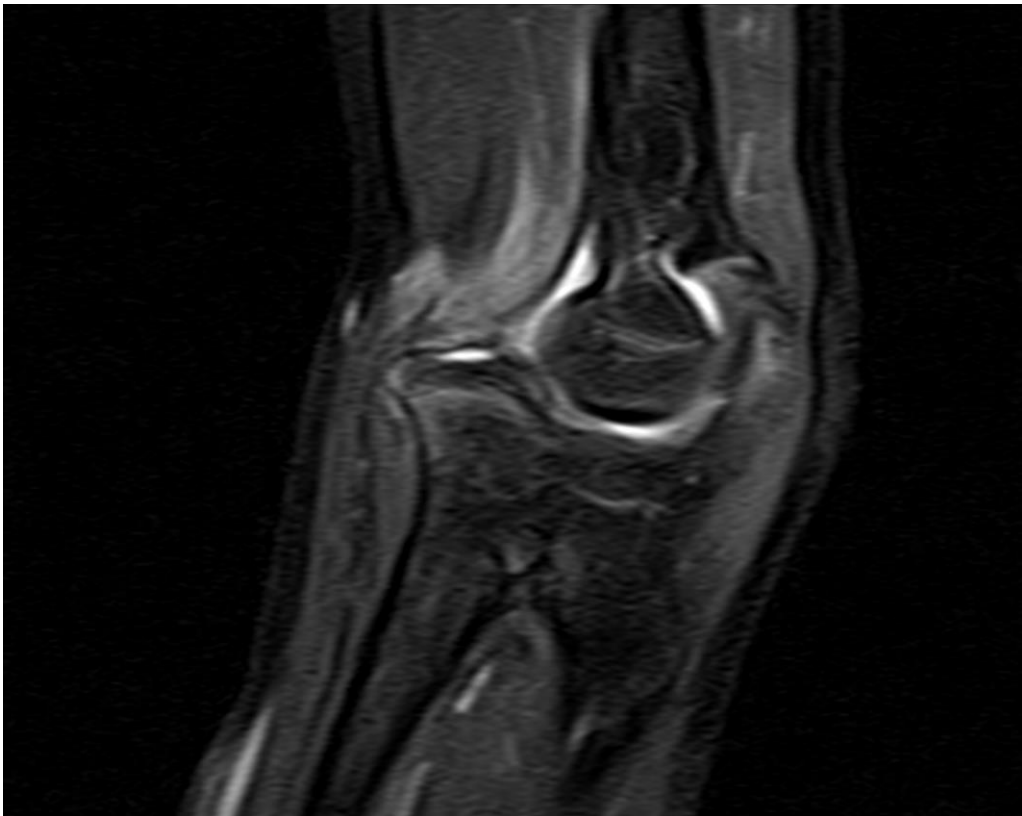


Figura 5: Artro-resonancia directa del codo. DP Fat Sat. Plano coronal puro.

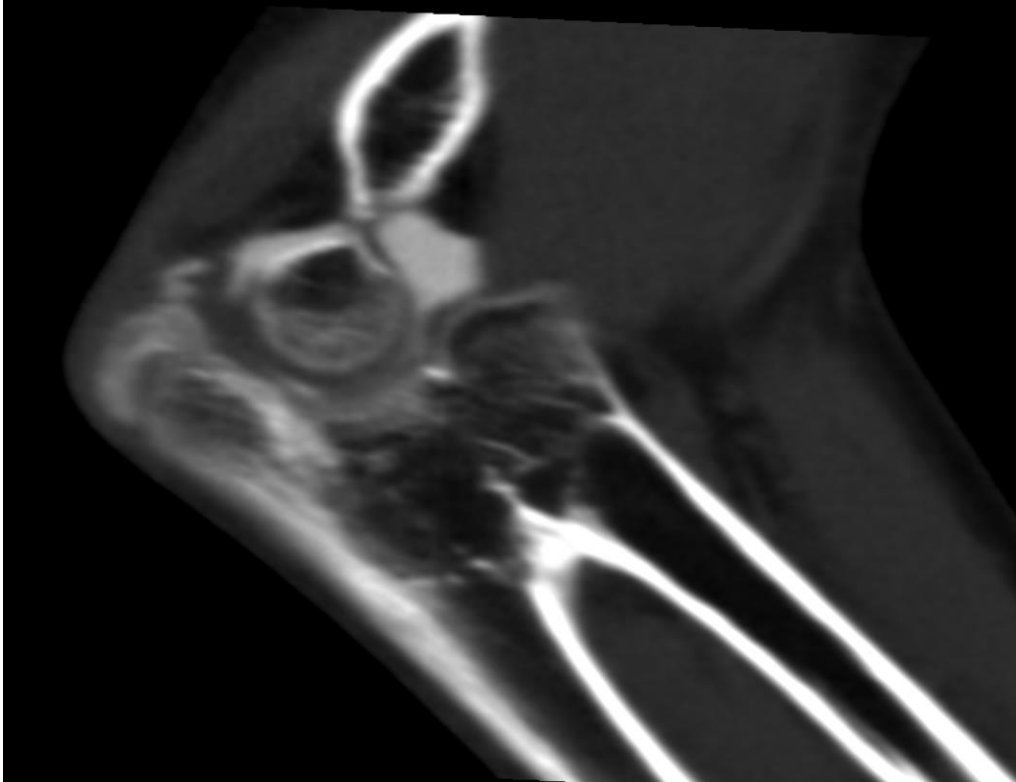


Figura 6: Arthro-Tc directa del codo. Plano sagital puro.

Hallazgos en imagen

La *radiografía* de codo y antebrazo muestra una sinostosis radio-cubital proximal.

El *estudio ecográfico* confirmó la presencia de la sinostosis así como un “snapping” extra-articular del tendón distal del bíceps con translación sobre el cuello radial displásico.

La *RM* mostró una sinostosis radio-cubital ósea completa asociada a displasia de la cabeza radial y luxación anterior congénita completa de la misma. La sinostosis comienza 0,5 cm. por debajo de la apófisis coronoides y mide aproximadamente 5 cm. Se observa asimismo una moderada tendinosis bicipital distal y una leve bursitis bicipito-radial en la zona de contacto con el cuello displásico así como una variante anatómica consistente en un tendón bicipital distal bifido. Además, destaca un discreto derrame articular, un moderado engrosamiento capsular anterior y lateral y cambios inflamatorios pericapsulares. Los ligamentos colaterales y anular son normales.

Los estudios de *artro-RM* y *Artro-TC* confirman la anomalía ósea compatible con sinostosis tipo IV de Cleary y Omer. La sinostosis está recubierta de un cartílago articular normal, no observándose lesiones condrales ni otras anomalías articulares.

Discusión

La sinostosis radio-cubital congénita es una deformidad poco común de la extremidad inferior en la cual la porción proximal del cúbito y del radio se fusionan disminuyendo en el rango de movimiento, especialmente la rotación. Es causado por un fallo de la segmentación del cúbito y del radio. En la literatura se han descrito aproximadamente 450 casos en varias series. Aunque es una malformación congénita rara es el trastorno congénito más frecuente del codo. El 9% de los casos tienen historia familiar. Se ha descrito también la sinostosis post-traumática. Su frecuencia es similar en hombres y en mujeres y es bilateral en el 60-80% de los casos. La mayor parte de los pacientes no tienen o tienen leves limitaciones funcionales, aunque puede causar limitación de los movimientos de rotación del antebrazo y déficit de la extensión. La fusión inicial es cartilaginosa, que osifica progresivamente formando la sinostosis. En este caso la malformación pasó desapercibida en la infancia, supliendo el defecto en la supinación con otros movimientos del codo y el hombro, realizándose el diagnóstico en la adolescencia.

El déficit agudo en la extensión y el fenómeno de “snapping” han sido observados muy raramente en estos pacientes después de un traumatismo. La revisión bibliográfica identifica 16 casos de déficit en la extensión en pacientes con sinostosis radio-cubital proximal. A diferencia de lo que ocurrió en este caso, no se ha documentado historia de traumatismo previo al desarrollo del déficit de extensión. De forme similar, los hallazgos clínicos de resalte (“snapping”) no son atribuibles a choques óseos. Es especialmente relevante que la luxación congénita es anterior y no posterior, como ocurre en otros casos descritos en la literatura.

Tras la corrección del déficit bajo anestesia el paciente fue capaz de continuar con sus actividades diarias.

En caso de no ser suficiente este tratamiento, otra alternativa terapéutica es la capsulotomía lateral endoscópica.

De acuerdo con Cleary y Omer, la sinostosis radio-cubital puede clasificarse como:

1. Tipo I: la sinostosis no ósea
2. Tipo II: sinostosis ósea visible. Cabeza radial correctamente colocada.
3. Tipo III: sinostosis ósea visible. Cabeza radial hipoplásica con luxación posterior.
4. Tipo IV: sinostosis ósea visible. Luxación anterior.

Diagnóstico Final

“Snapping” bicipital distal postraumático y capsulitis adhesiva asociados a sinostosis radio-cubital proximal congénita tipo IV de Cleary y Omer.

Diagnóstico Diferencial

- “Impingement” óseo radio-humeral
- Hipoplasia del ligamento anular con atrapamiento de la cabeza radial

Bibliografia

1. [Cleary JE](#), [Omer GE Jr](#). Congenital proximal radio-ulnar synostosis. Natural history and functional assessment. [J Bone Joint Surg Am](#). 1985;67(4):539-45.
2. Dohn P, Khiami F, Rolland E, Goubier JN. [Adult post-traumatic radioulnar synostosis](#). [Orthop Traumatol Surg Res](#). 2012;98(6):709-14.
3. Farzan M, Daneshjou KH, Mortazavi SMJ et al: Congenital radioulnar synostosis, a report of 11 cases and review of literature. [Acta Medica Iranica](#), 2002; 40(2): 126–31.
4. [Griffet J](#), [Berard J](#), [Michel CR](#), [Caton J](#). Congenital superior radioulnar synostoses. A study of 43 cases. [Int Orthop](#). 1986;10(4):265-9.
5. [Yamine K1](#), [Salon A](#), [Pouliquen JC](#). Congenital radioulnar synostosis. Study of a series of 37 children and adolescents. [Chir Main](#). 1998;17(4):300-8.
6. [Ogino T](#), [Hikino K](#). Congenital radio-ulnar synostosis: compensatory rotation around the wrist and rotation osteotomy. [J Hand Surg Br](#). 1987 Jun;12(2):173-8.
7. [Cheng PG1](#), [Wu SK](#), [Hsu SM](#), [Wang M](#). Case report: lateral capsular release for acute extension deficit in a child with congenital radioulnar synostosis. [J Pediatr Orthop B](#). 2015;24(1):71-4.
8. [Masuko T1](#), [Kato H](#), [Minami A](#), [Inoue M](#), [Hirayama T](#). Surgical treatment of acute elbow flexion contracture in patients with congenital proximal radioulnar synostosis. A report of two cases. [J Bone Joint Surg Am](#). 2004;86-A(7):1528-33.
9. [Shinohara T1](#), [Horii E](#), [Tatebe M](#), [Yamamoto M](#), [Okui N](#), [Hirata H](#). Painful snapping elbow in patients with congenital radioulnar synostosis: report of two cases. [J Hand Surg Am](#). 2010;35(8):1336-9.