

## SINOSTOSIS RADIOCUBITAL CONGENITA

*A. Palma Rodríguez y E. Balén Bejarano*

*Médicos ex Internos  
Casa de Salud Valdeciella*

### I

No pretendemos aportar ningún dato nuevo sobre esta malformación congénita. Nuestro objeto es presentar dos casos más de ésta, en verdad, infrecuente deformidad, y hacer unas consideraciones sobre su tratamiento, lo más discutido juntamente con su etiopatogenia, ya que la sintomatología, anatomía patológica y radiología están de sobra aclaradas por numerosas publicaciones, tanto de autores extranjeros (FAHLSTROM, CIACCIA, BALDWIN, HOHMANN, etc.) como nacionales (ARCE, BASTOS, PIULACHS y LÓPEZ QUILES).

En 1934, GUBERN SALISACHS hace una revisión muy completa sobre 195 casos de la literatura, con una extensa bibliografía.

### II

CASO 1. — Pedro G. O., de cinco

años de edad, natural de Santander. En sus antecedentes familiares y personales no se encuentra ningún dato de interés.

Acude a este Servicio el 5 de enero de 1939, refiriendo la madre que le nota cierta dificultad para mover el "brazo" izquierdo, desde hace varios meses. Todo ello sin ninguna alteración del estado general ni traumatismo.

La exploración de la extremidad superior izquierda, lo único anormal, revela discreta atrofia de antebrazo y abolición completa de los movimientos activos y pasivos de pronosupinación. Flexo-extensión del codo, normal.

La radiografía (fig. 1) nos confirma el diagnóstico clínico, observándose una sinostosis radiocubital de poco más de un centímetro en las extremidades proximales de los huesos

del antebrazo. En el resto del aparato locomotor no se descubre ninguna otra deformidad apreciable al examen físico.

Se le propone la intervención pasada uno o dos años, operación que no fué realizada por no volver posteriormente por la consulta.

**Caso 2.**—María C. C., de diecinueve años de edad, vista en este Servicio el día 6 de octubre de 1955. En sus antecedentes familiares y personales nada llama la atención. Su desarrollo había sido normal y solamente padeció las enfermedades propias de la infancia (sarampión, etc.).

*Estado actual.*—Los familiares dicen que desde el nacimiento notan que no puede mover el codo derecho como el izquierdo. No tiene dolores ni refiere traumatismo alguno.

*Exploración clínica.* — Extremidad superior izquierda, normal. Extremidad superior derecha: actitud en pronación de antebrazo, con ligera atrofia muscular. Ningún punto doloroso. Movilidad activa y pasiva de pronosupinación, abolida. Movimientos de flexo-extensión de codo, normales. Exploración del resto del aparato locomotor, normal.

*Examen radiográfico.* — Confirma la sospecha diagnóstica al encontrarlos, sobre todo al examinar la proyección lateral (fig. 2), una sinostosis marcada, de unos cuatro centímetros, en el tercio superior de cúbito y radio. Las cavidades medulares, así co-

mo las trabéculas óseas, se continúan de un hueso a otro.

Se le habla a la enferma y familiares sobre la posibilidad de conseguir los movimientos de pronosupinación mediante una intervención quirúrgica, que es rechazada por ser perfectamente compensada la falta de la pronosupinación por la buena movilidad del hombro y por defenderse bien en sus ocupaciones habituales.

### III

La enfermedad es una malformación congénita por error de diferenciación en el plano sagital, primeramente descrita por LENNOIRE en 1824. SCHENCK dice, en cambio, fué descrita por SANDIFORT en 1793. Consiste en la soldadura ósea entre cúbito y radio, generalmente en su extremidad superior, y es debida a la falta de separación completa de los dos huesos del antebrazo durante el desarrollo embrionario, que tiene lugar en la cuarta semana de la vida intrauterina.

La enfermedad es considerada como una malformación congénita, frecuentemente hereditaria y familiar, y así lo prueba su presentación en el nacimiento, aunque a veces no se llega a manifestar hasta más tarde, pasando inadvertida. En el mismo sentido habla la coexistencia de otras anomalías congénitas, como genu valgum, luxación congénita de cadera, aplasias musculares, luxación de cabeza radial, etc. ABBOTT encontró en seis miembros de una misma familia

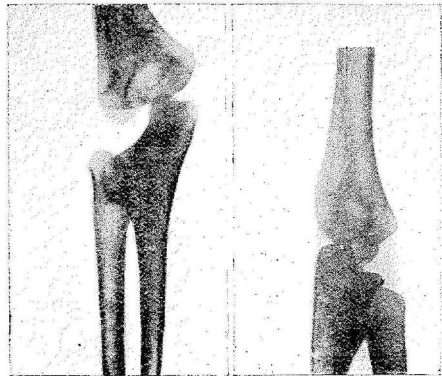


Figura 1



Figura 2



la malformación a través de cuatro generaciones. ARCE ha visto una enfermedad en tres hermanos, portadores de pies bots bilaterales y microepifisis en caderas.

En más de la mitad de los casos es bilateral. De los 195 recopilados por GUBERN SALISACHS, 112 eran bilaterales. En los casos unilaterales, el lado izquierdo es más frecuentemente afectado.

Con respecto al sexo, se admite de una manera general su predominio en el masculino. De los casos revisados por GUBERN SALISACHS, 109 eran varones, y 63, hembras (en 23 no se especificaba sexo).

PIULACHS cree que esta malformación se debe interpretar como consecuencia de una alteración diencéfalo-hipofisaria, como la mayoría de las malformaciones congénitas (MARAÑÓN y RICHTER).

#### SÍNTOMAS

Es afección indolora, que sólo se traduce en una deformidad y actitud permanente del antebrazo. Los movimientos de supinación y pronación, tanto activos como pasivos, faltan del todo, y el primero se suple por la abducción y rotación externa del hombro, siendo ésta la causa de que pueda pasar inadvertida hasta la edad adulta. La cabeza del radio puede estar luxada al mismo tiempo, palpándose fuera de su sitio y no guardando sus relaciones normales con el cóndilo externo. Los movimientos de flexo-extensión son normales o muy po-

co limitados. A veces puede haber una hiperlaxitud. BOSSI publicó un caso en que el antebrazo estaba en supinación completa, pero la sinostosis era fibrosa.

Hay que hacer siempre una exploración completa para descubrir otras anomalías congénitas. Es también frecuente, pero no constante, una atrofia muscular, explicable en parte por la falta de actividad.

El codo puede aparecer en varo o en valgo (como el caso de CIACCIA —lado derecho).

El diagnóstico nos lo confirma la radiografía. La sinostosis es completa, generalmente en el extremo superior de los dos huesos, y las trabéculas óseas de un hueso se continúan con las del otro en una extensión de uno a ocho centímetros, pudiendo ser más de la mitad de la longitud del antebrazo. Los huesos pueden estar incurvados o no y el radio da la impresión de originarse en la extremidad proximal del cúbito.

Debemos diferenciar el proceso de las sinostosis adquiridas, principalmente por fracturas, y de otros procesos como la luxación congénita de la cabeza radial, cuando determina una pronación permanente del antebrazo, sin posibilidad de supinación.

La anamnesis, la clínica y los datos radiográficos siempre nos hacen fácilmente el diagnóstico.

#### TRATAMIENTO

Durante los primeros años de la

vida, esta malformación no exige tratamiento alguno (ARCE). Es necesario esperar siempre a los seis-ocho años para decidirse por el tratamiento quirúrgico, ya que es absolutamente precisa la colaboración del paciente para obtener un resultado satisfactorio.

En la mayoría de los casos publicados no se ha realizado ningún tratamiento quirúrgico, ya que muchas veces la impotencia funcional es escasa al ser compensada por la laxitud de las articulaciones próximas, y el paciente rebusa la intervención. Es conveniente instruir al enfermo sobre la posibilidad de mejorar la movilidad del miembro mediante una intervención quirúrgica, que solamente se efectuará por sus requerimientos, ya que la intervención puede fracasar.

El tratamiento quirúrgico va dirigido a hacer posibles los movimientos de pronosupinación. Hay varios procedimientos:

a) Un procedimiento consiste en reseca el puente óseo de la sinostosis e interponer en su lugar partes blandas para evitar la recidiva, que casi siempre se presenta, por lo que

b) SEVER reseca, además, el extremo superior del radio, aunque también suele fracasar.

c) Los mejores resultados se obtienen practicando, según el método de PALAGI (1907), una resección transversal parcial del radio, por debajo de la sinostosis, lo suficientemente amplia para evitar la recidiva, sin

tocar para nada el bloque de la sinostosis. Es también operación técnicamente mucho más sencilla que las anteriores.

d) Posteriormente, GALEZZI sigue el procedimiento de PALAGI y hace una resección de un centímetro por debajo de la sinostosis y completa la intervención con la transplatación del extremo inferior del cubital posterior al borde externo del radio a fin de obtener un supinación activa. Con esta resección transversal del radio se establece una neoarticulación inmediatamente por debajo de la sinostosis. Esencial para el éxito de este tipo de intervención es que la zona reseca sea suficientemente amplia, de un centímetro por lo menos, e instaurar precozmente un tratamiento kinesiterápico adecuado. Esto requiere la eficaz colaboración del enfermo, que se ejercitará en los movimientos activos de pronosupinación.

e) Cuando se teme fracasar con estos procedimientos, por la existencia de una aplasia o atrofia muscular, WILKIE practica una simple osteotomía del radio para colocar el antebrazo en una posición más funcional, de menor pronación.

f) Más recientemente, KELLOG SPEED emplea un *cup* de metal (vitallio, etc.) que se ajusta a la extremidad superior del radio, después de reseca la cabeza, obteniéndose resultados favorables, aunque el método no se ha empleado lo suficientemente para establecer conclusiones definitivas.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABBOTT: Cit. HOHMANN.
2. ARCE, G.: *Patología del recién nacido*, tomo III. Aldus, Sociedad Anónima. Santander 1950.
3. BALDWIN, C. H.: *J. Bone and Joint Surg.*, 11, 345, 1929.
4. BANCROFT y MURRAY: *Surgical Treatment Motor Skeletal System*. J. B. Lippincott, Co.
6. BOSSI: Cit. GUBERN SALISACHS.
7. CAMPBELL: *Ortopedia operatoria*. Ed. Beta. Buenos Aires, 1955.
8. CIACCA, S.: *Chir Degli Organ di Movimento*, 11, 513.
9. FAILSTROM: *J. Bone and Joint Surg.*, 14, 395, 1932
10. GALEAZZI: Cit. HOHMANN y OMBREDANNE.
11. GUBERN SALISACHS, L.: *Rev. Méd. de Barcelona*, 22,295.
12. HOHMANN, G.: *Mano y brazo*. Labor. Barcelona, 1955.
13. KELLOGG EPEEDO: Cit. BANCROFT y MURRAY.
14. LENNOIRE: Cit. HOHMANN.
15. LÓPEZ QUILES: *Ser*, 11, 55, 1952.
16. OMBREDANNE, L.: *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*. Masson y Cie. París, 1949.
17. PALGI: Cit. HOHMANN.
18. PIULACHS, P.: *Lecciones de Patología quirúrgica*, t. II, segunda parte, pág. 849. José Janés ed. Barcelona, 1952.
19. SANDIFORT: Cit. SCHENCK.
20. SEVER: Cit. STEINDLER.
21. SCHENCK: *Amer. J. Dis. Child.*, 53, 128, 1937.
22. STEINDLER, A.: *Lecciones para graduados sobre Ortopedia*, tomo I, pág. 298. Ed. Beta. Buenos Aires, 1954.
23. WILKIE: Cit. CAMPBELL.





## Alumnos becarios en el Hospital Central de la Cruz Roja Española

---

Se convocan a concurso cuatro plazas de alumnos becarios entre estudiantes de los últimos cursos de Medicina, para el Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca de dicho Hospital.

Los aspirantes deben enviar una instancia con sus méritos académicos dirigida al Jefe del Servicio, Dr. Enrique García-Ortiz, Hospital Central de la Cruz Roja, Reina Victoria, 24, Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca, antes del 1.º de octubre próximo.



Se acabó de imprimir esta Revista, el  
día 24 de Septiembre de 1960, festivi-  
dad de Nuestra Señera de la Merced,  
en UNION TIPOGRAFICA, S. R. C.  
Tolavera, 7 - JAEN - España

LAUS DEO