

# PSEUDOARTROSIS DE RADIO DISTAL.

Caso Clínico.



**Mujer, 70 años. Pluripatológica.**  
**Sufre una caída casual tras la cual presenta: Dolor e impotencia funcional en la muñeca izquierda,**  
**Deformidad evidente en “dorso de tenedor”,**  
**Herida inciso contusa en la vertiente cubital de aproximadamente 1cm.**



**Fractura abierta grado I de Gustilo de radio y cúbito distal izquierdos.**

**Tras su reducción cerrada bajo anestesia local se obtiene una reducción aceptable.**  
**Debido a la pluripatología que presenta la paciente por la cual el servicio de anestesia desaconseja su intervención quirúrgica en la medida de lo posible, se opto por el tratamiento ortopédico y controles clínicos y radiológicos seriados.**



- La paciente sufre una evolución tórpida en los siguientes meses, en el aspecto de la rehabilitación así como en el de las características de la fractura y su reducción.
- Tras 10 meses de seguimiento se observa, tanto por su sintomatología, como por sus imágenes radiológicas un fenómeno de *pseudoartrosis*.

---

Se habla de pseudoartrosis cuando persiste una *movilidad interfragmentaria* y el tratamiento instaurado inicialmente ha resultado inadecuado para producir la consolidación de la fractura.

Las pseudoartrosis puede ser o no ser *dolorosa*, pero prácticamente todas permanecen *inestables* indefinidamente.

Este fenómeno afecta más frecuentemente a los huesos largos tras reducciones u osteosíntesis subóptimas.

La complicación más frecuente tras una fractura de radio distal es la consolidación viciosa; no así la pseudoartrosis, situación, afortunadamente, infrecuente en este tipo de fracturas.

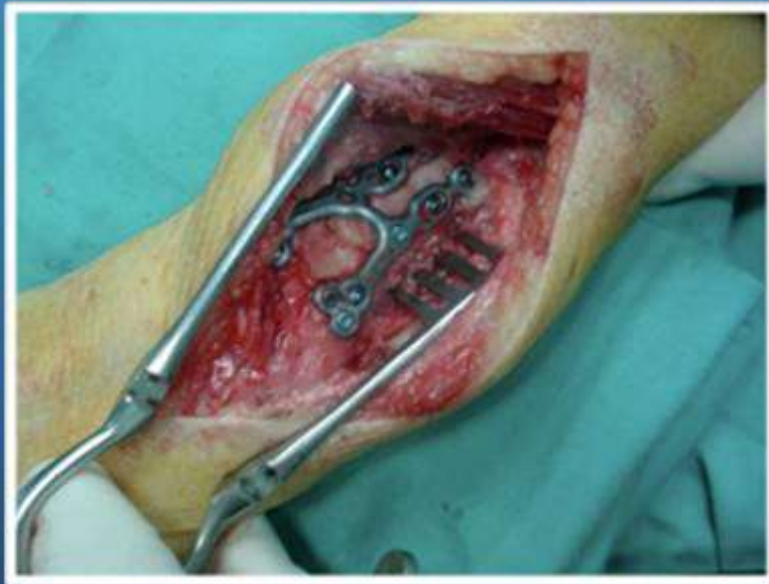
---

La peculiaridad de esta patología hace controvertido su diagnóstico y complicadas sus diferentes *opciones terapéuticas*.



La paciente es intervenida para tratar de solucionar las secuelas ocasionadas por la fractura.

Se le practica una intervención quirúrgica en la que se realiza una osteotomía correctora de radio con osteosíntesis con placa dorsal, aporte de injerto de cresta iliaca y osteotomía de Darrach.



La utilización de la placa dorsal es controvertida por la posibilidad de producir una lesión en los tendones extensores, por lo que es aconsejable dejarla cubierta por el retináculo asociando o no cobertura con membranas colágenas.

A los 3 meses de la intervención se observa una remisión considerable de la sintomatología de la paciente, así como un resultado funcional correcto con una flexo-extensión aceptable y una prono-supinación completa gracias a la ostetomía de Darrach.



¿Porqué no elegimos otra opción terapéutica al Darrach?

- Sauve – Kapandji : Mayores complicaciones de la osteosíntesis radio-cubital distal.
- Acortamiento del Cúbito : Hubiera persistido la artrosis radio-cubital postraumática.