



XLI CONGRESO SOTOCV

PSEUDOARTROSIS POSTRAUMÁTICA RADIOCUBITAL COMPROMISO DEL NERVIIO CUBITAL



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xàtiva
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



[A. D. Jover Mendiola¹](#), [J. O. Sous Sánchez¹](#), [C. E. Cobo Cervantes¹](#).

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

La pseudoartrosis postraumática de las diáfisis radiocubital son relativamente infrecuentes hoy en día por los diferentes métodos de fijación interna de osteosíntesis mediante placas de compresión dinámicas. Existen casos congénitos descritos asociados a enfermedades como neurofibromatosis y displasia fibrosa, por lo que no sería descabellado establecer un diagnóstico diferencial en casos de paciente relativamente jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

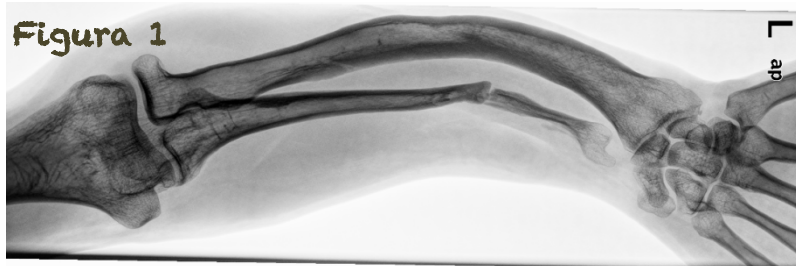
Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años de edad, que acudió en Octubre

del 2010 derivado de otro Centro Sanitario para la realización de un estudio electromiográfico de miembros superiores por una deformidad postraumática de 15 años de evolución en antebrazo izquierdo, con antecedentes de neuropatía crónica en fase de secuela de nervio cubital izquierdo (en forma de neurapraxia mas axonotmesis parcial) de grado moderado-severo por afectación a nivel del antebrazo izquierdo, que requería de una intervención quirúrgica de gran laboriosidad compuesta por una osteotomía en cuña del radio del antebrazo izquierdo, con revisión del nervio cubital e inserción de factores de crecimiento óseo en el cúbito.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Los datos previos hasta el momento de la primera consulta fueron escasos, desconociéndose estudios realizados con anterioridad. Se realizaron radiologías para el inicio nuestro estudio tanto en AP como LAT (**Figuras 1 y 2**).



A la exploración presentó una importante deformidad en antebrazo izquierdo con una curvatura radial muy pronunciada y atrofia de la musculatura intrínseca de la mano izquierda junto con un balance muscular disminuido en la misma. El paciente refería dolor en codo izquierdo con imposibilidad a la extensión. La dorsiflexión de la muñeca era posible aunque parecía tener una retracción de la extensión. La sensibilidad táctil se encontraba disminuida en el territorio cubital izquierdo. Los ROT se mantenían presentes y simétricos. Signos de pseudoartrosis del cúbito izquierdo con paresia del nervio cubital izquierdo. No se detectaron signos de afectación de nervios mediano ni radial izquierdo en el antebrazo.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

RESULTADOS

El paciente fue intervenido en Febrero del 2011. La intervención requerida constató de una osteotomía en cuña del radio del antebrazo izquierdo mediante un acortamiento radial. Seguidamente se intervino la pseudoartrosis cubital con excisión de la porción ósea afectada más injerto óseo desmineralizado con factores de crecimiento (**Figura 3**).

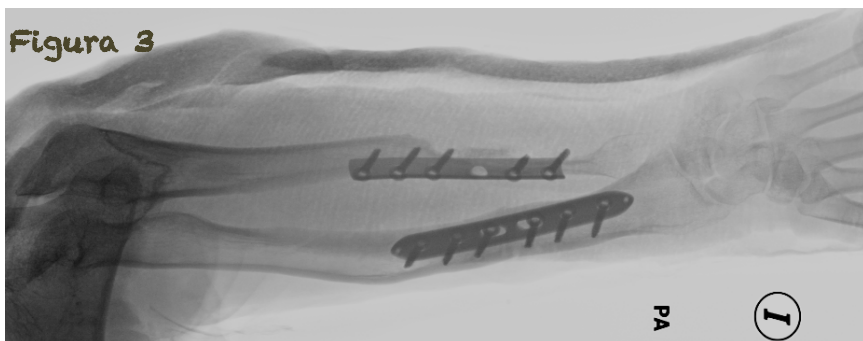
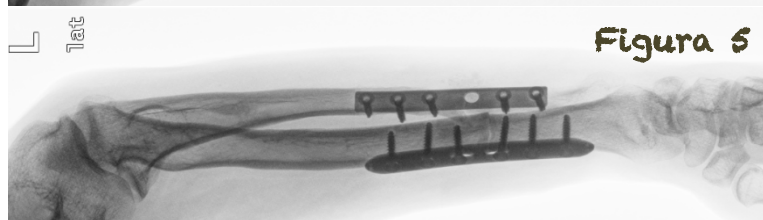
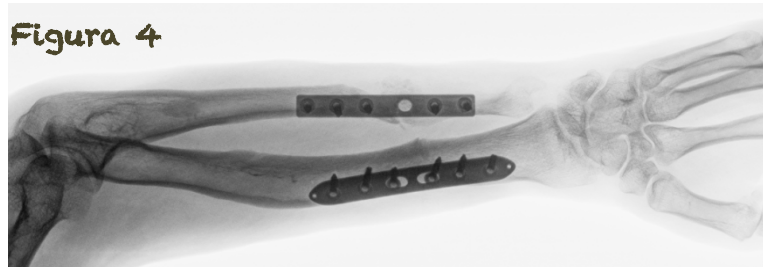


Figura 4



Un año después presentaba una funcionalidad reducida con buena evolución y recuperación del rango de movimientos a nivel tanto de antebrazo como de mano, sin llegar a la recuperación total. Los resultados fueron satisfactorios dada la complejidad tanto de la enfermedad del paciente como de la intervención realizada (**Figuras 4 y 5**).

[A. D. Jover Mendiola¹](#), [J. O. Sous Sánchez¹](#), [C. E. Cobo Cervantes¹](#).

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① La lesión de ambas diáfisis es la lesión más difícil de tratar dentro de los tipos de pseudoartrosis del antebrazo.
- ② En el tratamiento quirúrgico de las pseudoartrosis de los huesos del antebrazo no sólo es importante conseguir la consolidación, sino también recuperar la relación de forma y longitud entre el radio y el cúbito.
- ③ Es una cirugía laboriosa cuya finalidad no solo se limita a la corrección radiológica de la lesión, sino conseguir una recuperación funcional mínimamente aceptable.
- ④ Es preferible realizar acortamientos si la resección no afecta significativamente a la longitud de ambos huesos. Es conveniente que la tensión en ambos focos de fractura en el momento de la fijación sea similar.
- ⑤ La necesidad de la implantación de injerto óseo es un tema que suscita discusión.