

Reporte de caso

Rotura de tendones extensores debida a luxación radiocubital distal postraumática crónica. Reporte de un caso

Francisco José Lozano Moreno*

Hospital Comarcal "Don Benito-Villanueva", España

RESUMEN. Introducción. Presentamos un caso de rotura de tendones extensores debido a una luxación radiocubital distal postraumática crónica. Estas lesiones son frecuentes en muñecas reumáticas y artrósicas, debidas a la rotura de la cápsula dorsal y erosión de los tendones por la cabeza del cúbito. En este caso el mecanismo es idéntico. **Material y métodos.** Los tendones afectados fueron el extensor propio del quinto dedo y el extensor común del cuarto y quinto dedos, coincidiendo con la mayoría de los casos reportados. Fueron suturados uno a otro y todos al extensor del tercer dedo. No se realizó procedimiento sobre la cabeza del cúbito porque el paciente se negó. **Resultados.** Después de seis semanas de inmovilización con ortesis y dos meses de rehabilitación, el paciente recuperó los rangos de movilidad excepto los diez últimos grados de extensión. El dolor sobre el lado cubital no se modificó. **Conclusiones.** Estas lesiones son frecuentes en ciertos grupos de riesgo como se ha mencionado. Una vez que los tendones se han suturado o injertado, la porción distal del cúbito debe resecarse si existe artrosis o deformidad para prevenir nuevas roturas y para aliviar el dolor.

Palabras clave: luxación radiocubital, lesión, tendón.

SUMMARY. Introduction. We report a case of extensor tendon rupture due to chronic post-traumatic distal radioulnar dislocation. These lesions are frequent in rheumatic and arthrotic wrists due to dorsal capsule rupture and tendon erosion by the ulnar head. An identical mechanism was involved in this case. **Material and methods.** The involved tendons were the extensor of the fifth digit and the common extensor of the fourth and fifth digits, which coincides with most of the reported cases. They were sutured to each other and all of them to the extensor of the third digit. Nothing was done to the ulnar head because the patient refused that part of the procedure. **Results.** After six weeks of immobilization with a brace and two months of rehabilitation the patient recovered the ranges of motion, with the exception of the last ten degrees of extension. Pain on the cubital aspect did not change. **Conclusions.** These lesions are frequent in certain risk groups, as mentioned above. Once the tendons have been sutured or grafted, the distal aspect of the ulna should be resected in case of arthrosis or deformity to prevent new ruptures and relief pain.

Key words: radioulnar luxation, injury, tendon.

* Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Servicio de Cirugía Ortopédica. Hospital Comarcal "Don Benito-Villanueva". Don Benito, Badajoz. España.

Dirección para correspondencia:

Dr. Francisco José Lozano Moreno. C/Humanistas Num. 8, 5º A 06400, Don Benito, Badajoz. España. Tel. 924 386800 Fax. 924 386801

E-mail: frantrauma@eresmas.com

Introducción

Las roturas espontáneas de los tendones extensores de la mano se asocian generalmente a procesos como la artritis reumatoide. Pueden ocurrir también después de fracturas de radio distal, en la deformidad de Madelung, en la artrosis de muñeca o en la presencia de una varianza cubital positiva.

Presentamos el caso de un paciente que sufre una rotura espontánea de tendones extensores debido a una luxación radiocubital postraumática crónica.

El mecanismo de esta lesión es la rotura de la cápsula dorsal que provoca una erosión de los extensores y su posterior rotura.

Los tendones pueden ser reparados con facilidad, pero para obtener un resultado bueno a largo plazo es necesario solucionar la patología radiocubital distal subyacente.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 77 años y granjero de profesión que había sufrido una fractura en la muñeca hacía 40 años. Fue tratada de forma conservadora y a pesar de un resultado mediocre, tan sólo le producía dolor con las actividades más duras y tenía una leve pérdida de movilidad.

Acude al Servicio de Urgencias por una pérdida súbita de la extensión activa del cuarto y quinto dedos de la misma mano.

Se realizaron radiografías simples de muñeca y mano por el antecedente que presentaba el paciente, mostrando subluxación dorsal radiocubital distal y acortamiento del radio, ambos secuelas de la antigua fractura (*Figura 1*).

Dada la clínica que presentaba, fue intervenido quirúrgicamente y se comprobó rotura de los tendones del extensor propio del quinto y del extensor común del cuarto y quinto dedos, con retracción proximal y fibrosis de los muñones tendinosos (*Figura 2*).

También se pudo comprobar que existía una comunicación en la cápsula dorsal de la articulación radiocubital distal, haciéndose prominente la cabeza del cúbito debajo de los tendones (*Figura 3*).

Los tendones fueron suturados entre ellos mediante la técnica de Pulvertaft y el resultante de esta sutura fue unido de la misma forma al extensor del tercer dedo que presentaba buen aspecto. El paciente no aceptó ninguna intervención para tratar la deformidad radiocubital distal.

Una vez intervenido se colocó una férula durante tres semanas en extensión y posteriormente otras tres semanas una ortesis dinámica de flexión activa y extensión pasiva.

Después de dos meses de tratamiento rehabilitador, el paciente recuperó la movilidad completa, excepto los diez últimos grados de extensión de la articulación metacarpo-falángica (*Figura 4*).

Discusión

La mayoría de los casos reportados acerca de roturas degenerativas de tendones extensores son en manos reumáticas.

Esta complicación fue descrita por primera vez por Vaughan-Jackson en 1948.^{1,2} Ellos atribuyeron estas roturas a la abrasión o la atrición de los tendones en la cabeza prominente del cúbito, aunque también deben considerarse la devascularización y la pérdida de nutrición de estos tendones.²

Otras etiologías además de la reumática son las fracturas de la extremidad distal del radio, la deformidad de Ma-

delung, la varianza cubital positiva, la artrosis, infecciones, tumores o tras el procedimiento de Darrach.³ Hay una comunicación de Biyani⁴ de un atrapamiento de extensores tras una fractura-luxación de Galeazzi. En este caso los tendones del extensor cubital del carpo y el propio del quinto dedo estaban desplazados y bloqueaban la reducción de la luxación radiocubital distal.

La mayoría de los autores han reflejado que la perforación de la cápsula dorsal de la articulación radiocubital distal es un problema común en la artritis reumatoide y en la artrosis.^{1,2,5} Esto permite que el dorso del cúbito erosione los tendones en cada movimiento de flexo-extensión, lo que finalmente origina la ruptura. Carr¹ recomienda realizar una artrografía de la muñeca inmediatamente antes de la reparación tendinosa para verificar daño de la cápsula. De existir, el contraste fluye desde la articulación en los compartimentos cuarto y quinto. También la utilizan con fines diagnósticos y denominan "paciente de alto riesgo de ruptura" a aquéllos con avanzada artrosis y artrografía positiva.

No hemos encontrado en la literatura ningún caso de rotura espontánea de tendones extensores debido a luxación radiocubital postraumática crónica, por lo que el caso nos parece de interés y debe considerarse como otra causa posible de rotura tendinosa, aunque desde el punto de vista fisiopatológico el mecanismo de producción parece ser el mismo que en los casos de artritis reumatoide.

Los tendones más afectados en todas las series publicadas son como en nuestro caso el extensor propio del quinto dedo y el extensor común del cuarto y quinto dedos.^{1,2,6}

El tratamiento de estas rupturas debe incluir la reparación tendinosa y la corrección de la causa subyacente.

En los casos de artritis reumatoide y de artrosis, la escisión de la porción distal del cúbito es necesaria para evitar otra ruptura y para aliviar el dolor local.^{2,5,6} En nuestro caso hubiera sido necesaria también, pero el paciente no lo aceptó.

Los tendones pueden ser suturados o transferidos dependiendo del muñón remanente. Nosotros decidimos la sutura de los muñones mediante la técnica de Pulvertaft y posteriormente el resultante se suturó al tendón cercano sano más próximo. En los casos en los que no sea posible realizar la sutura, estaría indicado realizar una plastia con injerto tendinoso.⁷

En la deformidad de Madelung puede ser posible evitar la complicación de una rotura tendinosa en estadios precoces realizando una reorientación de la superficie distal del radio y corrigiendo la luxación dorsal del cúbito.⁷

Como conclusión, las roturas espontáneas de tendones extensores son una situación muy limitante para el paciente y deben ser tratadas de forma urgente. Una vez que los tendones son reparados o si se realiza un injerto, la causa subyacente debe ser corregida para evitar complicaciones tardías. En los casos de artrosis y de artritis reumatoide, se debe realizar escisión distal del cúbito y eliminar tejido inflamatorio e hipertrofia sinovial.



Figura 1. Radiografías de la muñeca mostrando luxación dorsal radiocubital distal y acortamiento del radio.

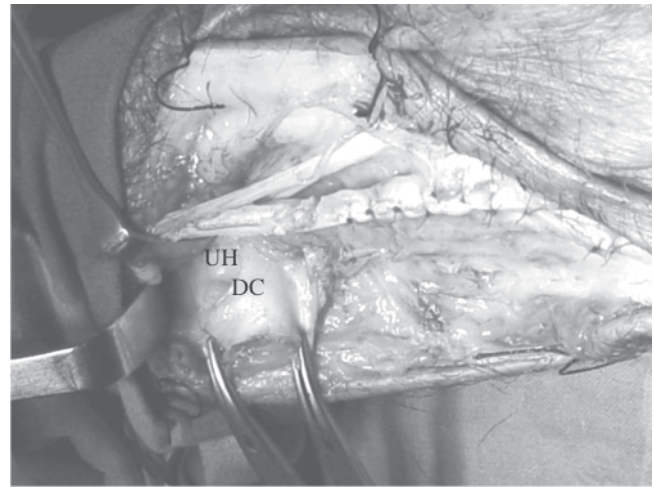


Figura 3. Perforación de la cápsula dorsal (DC) y prominencia de la cabeza del cúbito (UH). Los tendones han sido suturados al extensor del tercer dedo.

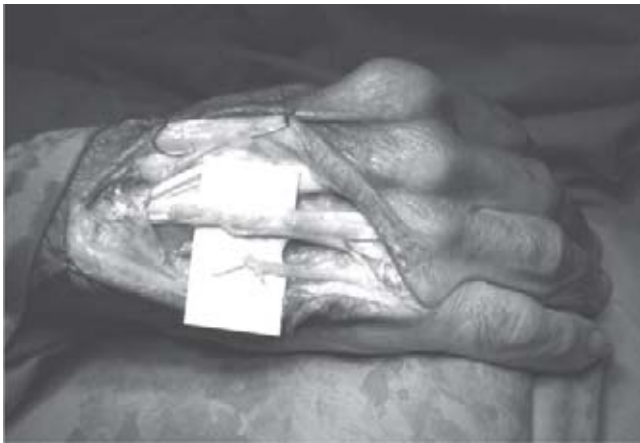


Figura 2. Rotura del tendón extensor común del quinto y cuarto dedos y propio del quinto dedo.

También hay que reseñar que en los casos de artritis reumatoide es frecuente encontrar lesiones asociadas como deformidades del pulgar y de los dedos menores como cuello de cisne o boutonniere.⁶

Bibliografía

1. Carr AJ, Burge PD: Rupture of extensor tendons due to osteoarthritis of the distal radio-ulnar joint. *J Hand Surg* 1992; 17B: 694-6.
2. Moore JR, Weiland AJ, Valdata L: Tendon ruptures in the rheumatoid hand: Analysis of treatment and functional results in 60 patients. *J Hand Surg* 1987; 12A: 9-14.
3. Okuda Y, Morito T, Tamai K, Hirasawa Y: Familial positive lunar variance with secondary radioulnar joint arthritis and extensor tendon ruptures. *J Hand Surg* 1994; 19A: 405-9.

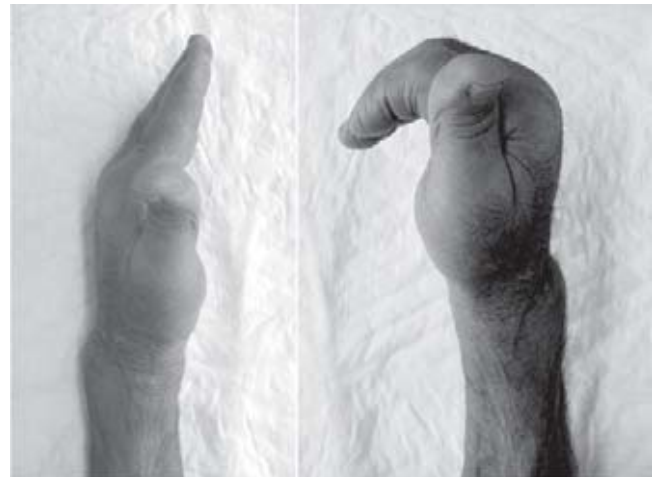


Figura 4. Extensión y flexión metacarpofalángicas, seis semanas después de la intervención.

4. Biyani A, Bhan S: Dual extensor tendon entrapment in Galeazzi fracture-dislocation. A case report. *J Trauma* 1989; 29(9): 1295-7.
5. Ohshio I, Ogino T, Minami A, Kato H, Miyake A: Extensor tendon rupture due to osteoarthritis of the distal radio-ulnar joint. *J Hand Surg* 1991; 16B: 450-3.
6. Fernández VJM, Procell VCR, Fernández PLJ: Ruptura de los tendones extensores de los dedos en la artritis reumatoide. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45(2): 82-6.
7. Ducloyer P, Leclercq C, Lisfranc R, Saffar P: Spontaneous rupture of the extensor tendons of the fingers in Madelung's deformity. *J Hand Surg* 1991; 16B: 329-33.